BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

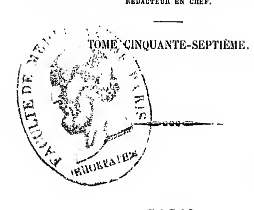
RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-SEPTIÈME.



PARIS
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1859

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des congestions pulmonaires, de leur diagnostic et de leur traitement.

Par M. le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC.

Le sang peut se porter sur telle ou telle partie du corps, sur tel ou tel organe, avec une activité supérieure à celle qui le meut d'ordinaire ; il afflue dans cette partie ou dans cet organe, et apporte ainsi, dans les voies de leur circulation locale, une proportion de molécules plus considérable que celle qu'emploie leur nutrition habituelle. De là fluxion, congestion, hypérhémie : expressions qui, toutes trois, représentent dans notre esprit l'idée de ce mouvement, de ce raptus qui précède toujours l'inflammation, lorsqu'elle doit se localiser, mais qui ne l'amène pas nécessairement, et qui peut se borner parfois à la simple turgescence sanguine des parties. Dans ce dernier cas, il n'est pas besoin que le sang ait subi une modification préalable ; quoique la fluxion sanguine soit généralement favorisée par l'état inflammatoire du sang, l'augmentation de sa fibrine, elle peut se produire avec un sang qui a conservé toutes ses qualités physiologiques ; ou bien, même avec un sang surfibriné, elle reste telle dans un organe, sans amener dans celui-ci les changements de texture et la formation de produits qui caractérisent réellement, et seuls, l'inflammation. Mais une modification du sang qui prédispose particulièrement aux fluxions actives de ce liquide, c'est l'augmentation du nombre de ses globules, d'où résulte ou avec laquelle du moins coïncide si fréquemment la pléthore sanguine ; aussi l'état pléthorique peut-il être justement regardé comme la prédisposition la plus puissante aux congestions, chaque organe s'y prêtant d'une manière variable et par une sorte d'élection, suivant les idiosyncrasies individuelles.

Les fluxions sanguines s'opèrent journellement sous nos yeux, non-seulement sans rompre, rigoureusement parlant, l'intégrité des actes physiologiques, mais même pour répondre à l'appel de certains d'entre eux et concourir à leur accomplissement. La coloration instantanée des joues, sous diverses influences morales, la rougeur des tissus exposés aux rayons calorifiques, sont des faits physiologiques de toute évidence. La tension intra-crânienne que l'on éprouve à la suite d'une longue et forte contention d'esprit, la constriction intra-thoracique que l'on ressent sous l'impression d'un froid vif, nous font penser, par une induction qui n'a rien que de légitime, dans le premier cas, à une suractivité de la circulation cérébrale obéissant à l'incitation du travail intellectuel ; dans le second cas, ou à un accroissement de la circulation pulmonaire correspondant à la fréquence accrue des mouvements respiratoires, ou à un refoulement des fluides dans le parenchyme si accessible des poumons. Quant à l'afflux du sang dans certains organes, au moment où ils se mettent en demeure d'exécuter les fonctions spéciales qui leur sont départies, il a été constaté dans les vivisections, notamment pour les glandes et pour la muqueuse gastro-intestinale ; tout le monde sait aujourd'hui que celle-ci n'est pâle et décolorée que dans l'observation nécropsique, tandis qu'elle est congestionnée et rouge chez l'animal observé en pleine digestion.

La fluxion sanguine n'est pas moins fréquente dans l'état pathologique ; elle prépare, accompagne, aggrave certaines lésions ; si elle n'entre que comme élément accessoire dans un grand nombre de maladies, dans d'autres elle est l'élément capital et la seule lésion qui les spécifie. S'il en est ainsi, on doit s'étonner qu'elle n'ait pas trouvé une place dans plusieurs nosographies, ou qu'on lui ait contesté cette place par suite de confusion faite entre elle et l'inflammation ou d'autres modes pathologiques dont elle n'était qu'un élément.

Peut-être peut-on donner pour excuse qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître l'état fluxionnaire des organes internes, de le distinguer d'autres qui en diffèrent, de faire la part de ce qui lui revient en propre et de ce qui appartient aux engorgements phlegmasiques confirmés.

Ces difficultés de diagnostic se présentent dans la constatation des fluxions ou congestions pulmonaires, des hypérhémies simples du poumon, et c'est sur ce genre de lésions, très-incomplétement étudiées, qu'il m'a paru utile de présenter quelques observations.

L'hypérhémie accompagne d'ordinaire les productions tubercu-

leuses qui se déposent dans le parenchyme pulmonaire. Les tubercules, en effet, sont généralement enveloppés par des couches de tissu qui, quoique non désorganisé, est infiltré de sang, hypérhémié en un mot, à plus ou moins grande distance de la lésion organique. Cette hypérhémie, et le mouvement fluxionnaire qui la développe et l'entretient, est l'une des causes qui activent l'évolution fatale de la matière tuberculeuse. L'hypérhémie précède encore ou accompagne les hémorrhagies des bronches et des poumons. Enfin, elle marque la période d'invasion de la pneumonie. Mais ce n'est pas de ces hypérhémies symptomatiques ou concomitantes qu'il est ici question, c'est de la fluxion pulmonaire essentielle, idiopathique, et constituant à elle seule une espèce morbide distincte.

Il y a quelques années, à Cherbourg, j'eus occasion d'en constater des cas assez nombreux qui me permirent de me faire une opinion à son égard, et de la reconnaître ultérieurement dans des cas obscurs, où, tant par exclusion que par le relevé de signes négatifs, le diagnostic ne pouvait spécifier autre chose qu'une simple hypérhémie active des poumons. La plupart de ces cas se présentaient, pendant l'été, chez des militaires qui s'étaient baignés à la mer, et offraient l'apparence d'embarras gastriques ou gastro-intestinaux.

Que l'on veuille bien me permettre à ce propos une digression. Ceux qui ont observé sur une grande échelle les effets des bains de mer ont dû constater la fréquence des troubles digestifs chez les baigneurs. Rien n'est plus commun que les indigestions chez les individus qui prennent le bain peu après leurs repas, et de là le précepte fort sage donné par tous les médecins de s'en abstenir pendant le travail de la digestion. Mais lors même que ce précepte est suivi, des accidents gastriques peuvent encore survenir, tout en revêtant une autre forme que celle de l'indigestion. Ces accidents sont l'état muqueux ou bilieux de l'estomac, l'inappétence, l'anorexie, la dyspepsie, en un mot, diverses nuances de l'embarras gastrique ; ils m'ont paru, en outre, présenter, quant à leur étiologie, ceci de remarquable, qu'ils n'atteignent pas indifféremment tous les baigneurs, mais particulièrement ceux qui s'immobilisent dans le bain froid, ceux qui ne savent pas nager, et qui, à défaut, se refusent à une locomotion active, à une dépense de contractions musculaires sans lesquelles il n'y a aucun bénéfice hygiénique à attendre du bain froid prolongé, qu'il soit pris dans les eaux de la mer ou dans celles des rivières. La mauvaise influence de l'immobilité dans le bain froid m'a été démontrée d'une façon concluante dans les circonstan-

ces suivantes. Pendant une traversée sous les tropiques, pour tempérer l'action d'une chaleur excessive, les officiers de l'état-major d'un navire sur lequel j'étais embarqué eurent l'idée de prendre des bains d'eau de mer, à la température extérieure, dans une baignoire, et j'en fis tout le premier l'expérience; nous en éprouvâmes d'abord un grand charme; mais au bout de quelques jours, tous, sans exception, nous ressentîmes un malaise croissant dans les fonctions digestives, et au lieu de l'appétit qu'excite ordinairement le bain de mer, nous arrivâmes à un degré d'inappétence et d'anorexie dont le terme ne fut marqué que par l'abandon de nos procédés, aussi inconsidérés qu'imprudents, de réfrigération. Dans le cours de cette campagne, ainsi que de toutes celles que j'ai faites sous les climats chauds, je n'ai jamais vu les bains de mer, pris surtout par les nageurs, le long du bord ou au rivage, déterminer ces effets fâcheux sur la santé des nombreux compagnons de mes voyages.

Donc, les malades que j'observais à Cherbourg, après le bain de mer, ne me paraissaient dans le principe devoir leur entrée à l'hôpital qu'à un effet nuisible de ce bain, effet qu'eussent traduit, à l'exclusion de toute autre lésion, les troubles des fonctions digestives. Mais le traitement qui, d'ordinaire, juge si facilement les embarras gastriques, avait peu de succès; les malades conservaient de la fièvre, du malaise; bref, ils ne guérissaient pas. En outre, plusieurs d'entre eux avaient de la toux et un sentiment de gêne plus ou moins marqué dans les mouvements respiratoires. Alors, en examinant plus à fond et en auscultant la poitrine, je découvris des signes non équivoques d'une lésion du parenchyme pulmonaire, que je crus devoir dès lors, ainsi que je l'ai fait depuis dans d'autres circonstances, considérer, non comme une pneumonie au premier degré, mais comme une simple congestion pulmonaire.

Voici ce que j'ai été à même d'observer sur cette forme intéressante, et peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, des maladies des organes respiratoires.

Le début de la congestion pulmonaire est obscur, insidieux; il est difficile d'y assister; les sensations subjectives étant faibles ou nulles, les malades éprouvant plutôt du malaise, de la gêne, qu'une véritable souffrance, lorsque le médecin est appelé à poser la question de diagnostic, la congestion doit exister souvent depuis plusieurs jours. Les symptômes sont également loin d'avoir ces caractères tranchés et précis qui distinguent les maladies mieux connues des voies respiratoires. Les malades ont généralement peu de fièvre, parfois même il est impossible de saisir aucune modification dans

l'état normal du pouls. La toux n'a rien de significatif ni de constant; ou il n'y a pas de toux, ou, lorsqu'elle se manifeste, elle n'est ni opiniâtre, ni fréquente, mais plutôt rare, non douloureuse, ou tout au plus elle n'éveille qu'une souffrance obscure au point affecté. Ceci doit s'entendre des cas dans lesquels il n'y a ni bronchite antécédente, ni bronchite concomitante; il n'est pas très-rare de voir la congestion pulmonaire survenir incidemment dans le cours des bronchites, et alors la toux revêt des caractères en rapport avec l'intensité de celles-ci. Mais, je le répète, dans la congestion pulmonaire simple, dégagée de toutes complications, la toux est nulle, ou sans aucune nuance qui lui donne quelque valeur. Il en est de même de l'expectoration; elle est nulle, et c'est le cas le plus ordinaire, ou bien elle n'amène que quelques mucosités bronchiques qui n'ont jamais la viscosité, ni la couleur, qui n'affectent pas davantage sur le linge ou dans les vases la configuration des crachats pneumoniques; je n'y ai même jamais vu de filets de sang; néanmoins, loin de contester qu'il puisse s'en présenter, j'admettrais même que le sang colorât plus ou moins fortement les crachats, sans lui donner toutefois les teintes pathognomoniques de la pneumonie, si la congestion acquiert des tendances hémorrhagiques. Il n'y a jamais de *point de côté*, terme vulgaire, mais très-juste, de la douleur spécifique qui nuance la plupart des pleuro-pneumonies, ou, disons mieux, des pneumonies; car cette douleur révèle réellement un élément nerveux qui entre presque fatalement dans le cadre de la pneumonie, lors même que la plèvre reste libre de toute participation avec l'inflammation du poumon. Or, cet élément nerveux manque à la congestion pulmonaire, fait qui, dans sa symptomatologie, la distingue bien mieux de la pneumonie que l'absence des crachats spécifiques, puisqu'il est incontestable que la pneumonie peut exister, et à tous les degrés, sans être dénoncée par les caractères spécifiques de l'expectoration. Au lieu de cette douleur qui met si promptement en éveil sur le développement d'une phlegmasie du poumon ou de la plèvre, les malades éprouvent un sentiment de gêne, d'oppression, de pesanteur, tantôt dans toute la poitrine, quoique la congestion n'existe que d'un seul côté, tantôt, et le plus souvent, du côté où la congestion s'est effectuée. Cette sensation va rarement jusqu'à l'anxiété; plus elle est forte, plus coïncide avec elle l'accélération des mouvements inspiratoires; parfois quelques-uns de ces mouvements, lorsqu'ils sont profonds, étendus, déterminent une souffrance obscure dans le lobe pulmonaire congestionné; mais cette souffrance n'empêche pas l'individu de donner à

ses inspirations toute leur amplitude, et elle ne ressemble pas à la douleur vive et lancinante qui fait instinctivement, chez les pneumoniques, suspendre, couper brusquement le premier temps de la respiration.

La percussion du thorax ne m'a jamais donné que des signes négatifs; j'ai constamment trouvé la sonorité normale vis-à-vis du point affecté. En serait-il autrement, et obtiendrait-on tout au moins une sub-matité, si le poumon était gorgé d'une quantité considérable de sang ? C'est possible, mais je crois qu'alors on aurait affaire à l'une de ces congestions excessives qui dépassent les proportions de l'hypérhémie simple que j'ai ici en vue, telle que celle qui amène l'hémorrhagie pulmonaire ; ou bien encore on serait en présence, non plus d'une hypérhémie simple, mais d'une véritable pneumonie commençante, qui, parfois, dès sa première période anatomique, et surtout lorsqu'elle confine à l'établissement de la seconde, entraîne une certaine obscurité dans la résonnance des parois thoraciques.

L'auscultation fournit des signes plus positifs, et, dans tous les cas, on perçoit des bruits qui ne permettent pas de méconnaître une lésion du tissu pulmonaire. Ces bruits sont des râles bullaires, ordinairement le crépitant et le sous-crépitant fin. Ici, en général, le râle crépitant n'est pas aussi sec que celui du début de la pneumonie ; il a un timbre plus humide ; le râle sous-crépitant fin m'a paru plus fréquent, et même dans quelques cas les bulles semblent assez grosses pour qu'on l'assimile au sous-crépitant moyen, ou râle muqueux de Laënnec. Ce sont toujours ces genres du râle bullaire que j'ai observés, c'est-à-dire, pour me servir des termes usités dans la pratique de l'auscultation, des bruits remplacés, et non des bruits modifiés ; ainsi, je n'ai pas rencontré, au lieu de ces râles, l'affaiblissement du murmure vésiculaire mentionné par d'autres observateurs. Les râles à fines bulles que l'on peut entendre dans la congestion pulmonaire ont la plus grande analogie, sinon une similitude complète, avec ceux que l'on perçoit dans la pneumonie et dans l'œdème des poumons, et ils ne suffiraient certainement pas, avec quelque subtilité qu'on les ait analysés dans ce but, pour distinguer entre elles ces maladies. Pour qu'ils se produisent, ou du moins pour que nous les expliquions dans la congestion du poumon, il faut que des fluides se soient épanchés dans les vésicules de cet organe; c'est probablement de la sérosité, plus ténue que les produits inflammatoires, et de là résulterait le timbre plus humide de la crépitation dans l'hypérhémie que dans l'inflammation réelle.

« Dans la congestion active, les poumons sont moins crépitants et plus lourds, ils surnagent moins complétement ; d'une couleur violacée, il s'écoule des incisions qu'on leur pratique une grande quantité de sang noir, fluide, mêlé à de la sérosité spumeuse. Les bronches sont ordinairement vides, ou contiennent un peu de mucus blanc ou légèrement sanguinolent. » (Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. Ier, p. 176.)

La mort n'étant jamais survenue dans les cas qui se sont offerts à mon examen, je n'ai aucune observation personnelle à consigner relativement à l'anatomie pathologique des congestions pulmonaires. Elles se sont complétement terminées par résolution au bout de quelques jours ; alors les râles bullaires, sans acquérir un volume plus considérable qu'au début, s'effaçaient progressivement jusqu'à laisser enfin reparaître dans toute sa netteté le murmure vésiculaire. Ce mode si prompt et si radical de résolution est loin d'être commun dans la pneumonie, où le dégorgement du poumon est toujours plus lent à s'opérer, comme le révèle la persistance souvent si opiniâtre des râles sous-crépitants dans la partie primitivement affectée.

J'ai constamment observé l'hypérhémie simple et idiopathique d'un seul côté, et constamment aussi à la base du poumon. Je me crois autorisé à en inférer, non qu'il en est toujours ainsi, mais que ce mode d'apparition est le plus fréquent ; c'est, en outre, la forme la moins grave de la maladie. Si les deux poumons sont envahis simultanément, ou si même un seul poumon l'est tout entier, la congestion serait bien autrement sérieuse, et, dans le premier cas surtout, elle compromettrait la vie en quelques heures ; arrivée à ce degré, on a pu même, avec raison, lui attribuer un certain nombre de ces morts subites, sur les causes desquelles il est souvent si difficile de prononcer.

Lorsque la congestion limitée d'un poumon siége ailleurs qu'à la base de l'organe, il y a tout lieu de penser qu'elle est symptomatique d'une autre lésion. Ainsi, vers le sommet, elle se lie à l'existence de tubercules, et comporte une gravité spéciale de pronostic en rapport avec la tuberculisation. Ailleurs, elle peut envelopper un foyer apoplectique, et même antérieurement elle a pu lui servir d'aliment. Enfin, les lésions organiques du cœur déterminent souvent l'hypérhémie pulmonaire, facile à expliquer dans ce cas par la gêne apportée dans la circulation du poumon et dans les fonctions hématosiques, et par la stase sanguine habituelle qui en résulte ; alors l'hypérhémie pulmonaire est plus souvent généralisée que partielle.

La congestion pulmonaire se juge souvent par une hémoptysie; mais dans ce cas, convenons-en, nous arrivons, la plupart du temps, pour constater l'hémoptysie, et ce n'est qu'après coup, en auscultant la poitrine, que nous trouvons en tâtonnant, faute d'indice extérieur qui précise le lieu affecté, des râles sous-crépitants qui nous autorisent à localiser le point de départ d'une expectoration sanglante.

La congestion idiopathique du poumon survient fort souvent sans aucune cause appréciable; elle a cela de commun avec un grand nombre de maladies. Cependant, c'est l'impression du froid qui semble le plus fréquemment la produire; la prééminence de cette cause résulte du moins du relevé de mes observations; et parmi les modes d'application du froid à l'organisme, le bain de mer est celui que j'ai vu exercer l'influence la plus fréquente et la moins contestable.

Si j'hésite à croire aux succès de l'expectation dans la pneumonie, je ne serais pas surpris que l'hypérhémie simple du poumon fût susceptible de se résoudre d'elle-même, et sans l'intervention obligée de la médecine. Du moment qu'il n'y a eu que simple afflux de sang dans une partie, sans altération de sa texture, il peut y avoir reflux, retour de ce fluide dans les voies de la circulation, et dégagement de l'organe congestionné, par le seul effort des forces vitales. Cette libération spontanée de tissus momentanément engorgés de sang ou de liquides séreux s'opère journellement sous nos yeux. Le mieux est pourtant de ne pas trop s'y fier, et lorsqu'un organe aussi important que le poumon est menacé, si peu que ce soit, il est du devoir du médecin d'intervenir pour lui rendre le plus tôt possible la liberté de ses actes.

La congestion active du poumon est distincte de la pneumonie, mais elle en est voisine; et à la rigueur, si elle était négligée, elle pourrait en devenir le germe et l'occasion : double motif pour agir et pour ouvrir contre la congestion un ensemble d'opérations analogues à celles que l'on dirige contre l'inflammation du poumon. Les émissions sanguines se présentent donc en première ligne d'indications; une saignée générale, faite dès le début, pourrait à la fois, déplétive et révulsive, enlever la fluxion; un peu plus tard, elle aura encore des avantages, surtout s'il y a un mouvement fébrile, s'il y a tendance à l'hémorrhagie, si l'anxiété, l'oppression, la sensation de chaleur interne étaient portées à un degré notable. Si, au contraire, il y a peu ou point de fièvre, si tous les symptômes sont modérés, si la congestion est très-localisée, une application de

sangsues, et mieux de ventouses scarifiées, devra suffire. Dans les cas sérieux, les deux modes d'émissions sanguines s'aideront l'un par l'autre; mais, en thèse générale, on n'a jamais besoin de soustraire autant de sang que dans la pneumonie. Les antimoniaux, si éminemment utiles dans cette dernière maladie, ne sont pas impérieusement réclamés par la congestion pulmonaire : je n'ai même jamais cru devoir recourir au tartre stibié ; le kermès m'a paru suffire, et encore ai-je trouvé suffisant de l'administrer à doses modérées, 20, 30, ou 40 centigrammes dans une potion ; j'ai employé surtout ce médicament pour hâter la résolution, lorsqu'elle se faisait avec trop de lenteur. Mais un médicament qui, dans ce cas, m'a paru encore supérieur au kermès, c'est l'oxymel scillitique ; je lui attribue une grande puissance sur la résolution des engorgements pulmonaires, non-seulement dans les cas d'hypérhémies, où cette résolution est ordinairement prompte et facile, mais même lorsqu'elle est laborieuse et lente, comme dans les conditions plus graves où il s'agit de faire disparaître les dernières traces d'hépatisation laissées par la pneumonie. Je prescris l'oxymel scillitique à la dose de 30 à 60 grammes, dans une potion, à laquelle j'ajoute très-souvent de 10 à 20 centigrammes de kermès. L'association de ces deux médicaments est d'une grande efficacité contre les engorgements pulmonaires, qui résistent ou cèdent d'une manière incomplète à l'un des deux pris isolément. S'il y a complication de bronchite, et si surtout alors on relève l'indication de solliciter et de rendre facile une expectoration qui juge, non-seulement la bronchite, mais la congestion, les potions scillitiques kermétisées entreront avec un surcroît d'avantages dans la médication. Si la congestion se juge par hémoptysie, comme il est important de surveiller celle-ci, de la modérer, et même de l'arrêter, car elle est loin de se présenter toujours comme une crise favorable, j'ai trouvé très-utile d'ajouter à l'oxymel scillitique et au kermès la digitale, soit en poudre, à 10 ou 20 centigrammes, soit en alcoolé, de 50 centigrammes à 1 gramme ; ou bien, au lieu de cette potion complexe, je prescris la poudre de seigle ergoté, à 2 grammes, fractionnée en huit prises, d'heure en heure. L'ergot de seigle m'a toujours paru l'un des agents les plus prompts et les plus sûrs que l'on puisse employer contre l'hémoptysie. — Je n'ai pas cru nécessaire de recourir aux vésicatoires dans la congestion pulmonaire idiopathique ; elle guérit sans eux ; mais ils pourraient avoir leur opportunité dans certaines formes graves des congestions symptomatiques. C'est alors aussi, et notamment en présence d'une hémoptysie abondante, d'une pneumorrhagie, que

la ventouse monstre de Junod peut opérer une révulsion aussi énergique qu'efficace; j'ai vu plusieurs fois ces accidents alarmants conjurés par son application.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'influence des lésions choroïdiennes sur les opacités séniles du cristallin.— Déductions thérapeutiques qui en découlent.

Par le docteur Bertrand-Dubarry, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

Dans ma dissertation inaugurale ([1]), j'ai cherché à démontrer :

1° Le point de départ précis des diverses opacités du cristallin, la fréquence relative des variétés que ce premier élément me permettrait d'établir, leur marche respective, et les causes d'erreur auxquelles toutes ces diverses cataractes pouvaient donner lieu dans un examen sur le vivant;

2° Que ces lésions séniles sont constamment des affections secondaires, subordonnées à des altérations plus ou moins profondes de la choroïde;

3° Que ces lésions de la choroïde retentissaient tantôt sur le cristallin seul, tantôt sur le corps vitré isolé, tantôt enfin sur ces deux parties à la fois;

4° Que la complexité de ces affections devait souvent guider le chirurgien dans le choix des opérations applicables à la cataracte;

5° Que c'était encore à cette coëxistence très-fréquente que le plus souvent on devait attribuer soit l'imperfection de la vision après les opérations en apparence les mieux réussies, soit ces anomalies consécutives, signalées par tous les chirurgiens, d'individus avec une portée de vision normale ou même myopes, lorsque la nature de l'opération subie semblait les vouer fatalement à la presbyopie.

J'ai pensé que les praticiens accueilleraient avec quelque intérêt la partie de mes recherches qui a pour objet d'établir une relation entre la cataracte et les altérations de la choroïde, d'autant plus que la connaissance de cette relation doit avoir pour résultat d'apporter de grandes modifications à la thérapeutique généralement suivie dans le traitement de la cataracte et surtout de réhabiliter le traitement médical auquel le *Bulletin de Thérapeutique* a si judicieusement accordé son attention à diverses reprises.

On ne saurait douter que la cataracte ait été considérée jusqu'à

([1]) *Recherches sur la cataracte.* Thèses de Paris, n° 129, 1859.

ce jour comme une maladie beaucoup trop isolée, trop indépendante des autres altérations. Dès le commencement de mes recherches, j'avais été frappé de la corrélation fatale qui existe entre certaines lésions choroïdiennes et les opacités séniles du cristallin. L'impulsion donnée dans ces derniers temps, par MM. Cusco et Follin, à l'étude des membranes oculaires m'a déterminé à rechercher avec le plus grand soin les altérations concomitantes. Établir le degré, la nature et le siége de ces lésions, tel est le but de cette partie de mon travail.

Au point de vue de mon sujet, l'œil présente à considérer deux membranes, la choroïde et la rétine, dont l'indépendance de circulation est nettement démontrée, surtout par l'anatomie pathologique. La rétine m'a toujours paru sans influence sur l'état des milieux. Aussi, dans les cas opposés de troubles de la circulation de cette membrane, richesse, pauvreté, anémie, congestions, épanchements même; dans ses diverses altérations de structure, je n'ai jamais constaté de réaction sur les humeurs de l'œil.

Il n'en est plus de même de la choroïde. Les milieux sont manifestement sous sa dépendance : si bien qu'à l'inspection de cette membrane, on peut deviner ce que devaient être le cristallin et le corps vitré.

Avant d'aborder l'étude de ces altérations choroïdiennes, je dois relever une assertion beaucoup trop générale des anatomistes les plus récents. Tous admettent, avec Petit, que la choroïde, d'un brun foncé dans le jeune âge, pâlit peu à peu pour prendre une teinte grise presque blanche dans l'âge le plus avancé. Cette loi est loin d'être absolue. J'ai rencontré, sur plusieurs sujets de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-dix-huit ans, des choroïdes qui étaient beaucoup plus colorées que d'autres ne l'avaient jamais été. Il en est ici comme de toutes les altérations dites séniles qui sont bien plus le résultat des troubles de la nutrition que du nombre des années. Rien d'ailleurs n'est plus manifeste que la subordination de la couleur, de l'épaisseur et des autres propriétés de la choroïde, à l'état sain ou morbide de ses vaisseaux.

Un grand nombre d'observations m'ont permis de conclure que la coloration brune de cette membrane était de tout âge, et l'indice de l'état sain ; que son existence impliquait la perméabilité et les fonctions normales de son système circulatoire ; que de l'intégrité de la choroïde on pouvait se prononcer à l'avance sur l'absence de toute autre altération sénile de l'œil.

Toutefois la cataracte plus ou moins prononcée, et par consé-

quent l'atrophie choroïdienne, sont assez fréquentes à un âge très-avancé pour expliquer l'erreur des anatomistes.

Entre tous les faits qui prouvent la corrélation entre les deux lésions, aucun ne me semble plus plausible que la solidarité que l'on constate dans leur siége respectif.

Dans la presque totalité de mes observations de cataracte incomplète, j'avais pendant longtemps remarqué que le gérontoxon cristallinien occupait surtout le segment externe de la lentille, et que c'était la partie supérieure et interne qui restait libre en dernier lieu. L'explication m'échappait, lorsque l'étude de l'atrophie choroïdienne vint m'en donner la raison. Je constatai bientôt que le plus souvent aussi l'atrophie de la membrane siégeait en dehors du point d'insertion du nerf optique. Pour confirmation de ce fait, je trouvai, dans les cas exceptionnels où la lésion choroïdienne occupait une place anomale au-dessus ou en dedans de la papille, que l'arc sénile subissait dans son siége un changement analogue.

Quant à la prédilection de l'atrophie pour la portion externe et postérieure de la membrane, c'est la marche de la maladie qui la détermine; car ici, comme dans la plupart des altérations vasculaires des vieillards, suivant les belles recherches de M. Cazalis, la lésion procède des capillaires vers les troncs. Or, dans l'étude de la choroïde, il est un fait bien manifeste : c'est le peu de trajet qu'ont à parcourir les veines situées en dedans de la papille pour arriver au confluent des *vasa vorticosa*, ceux même très-rapprochés; c'est encore le nombre et le volume des troncs et des anastomoses dans cette même partie. En revanche, dans la portion externe de la choroïde, le parcours est double, les deux troncs d'émergence éloignés, les anastomoses et les troncs plus rares, plus ténus. Les verticelles du plus petit calibre situées vers la papille subissent les premières les effets de l'altération sénile. C'est ainsi que la choroïdite atrophique, quand elle est localisée, occupe le plus souvent la partie postérieure et externe de la membrane.

L'atrophie choroïdienne se présente sous deux formes : elle est *partielle* ou elle est *générale*. Quoique les deux espèces se rencontrent avec les opacités du cristallin, elles n'en donnent pas moins chacune des indications spéciales, quand il s'agit de l'opération de la cataracte.

Lorsque l'altération est générale, la choroïde présente une couleur gris ardoisé, uniforme; parfois un reflet brillant assez commun chez les vieillards. La dépigmentation s'étend à toute la membrane; le plus souvent même c'est vers la partie antérieure qu'elle est le

plus prononcée. La lame de pigment interne, bien que très-mince, recouvre les vaisseaux dans toute leur étendue; elle est peu adhérente, toutefois rien ne légitime le nom de *macération du pigment* donné à cet état. Lorsqu'on enlève cette couche interne, on constate que la décoloration tient surtout à la disparition du pigment interstitiel; souvent celui-ci n'existe plus qu'au niveau de la ligne où les dernières vorticelles, appartenant à deux troncs différents, viennent s'anastomoser entre elles. C'est là qu'il disparaît en dernier lieu : quatre plaques noires viennent délimiter ainsi la sphère de distribution de chacun des gros troncs veineux de la choroïde.

Quant à la relation qui existe entre la dépigmentation de la membrane et l'état de ses vaisseaux, on constate que dans ces choroïdes presque blanches des cataractes, les gros troncs restent perméables, mais les réseaux capillaires ont disparu; les veines d'un certain calibre, les anastomoses volumineuses, persistent seules dans toute leur étendue.

A l'examen au microscope, j'ai constaté avec le docteur Ordonez que la décoloration tenait non à la disparition des cellules pigmentaires, mais à une altération spéciale de cet élément. Les cellules persistent avec leurs noyaux, leur volume et leur forme; mais leurs granulations colorées se réduisent peu à peu dans leurs dimensions, prennent une teinte jaunâtre, et disparaissent définitivement. Dans plusieurs observations, les parois des vaisseaux choroïdiens présentaient eux-mêmes la dégénérescence athéromateuse.

Cette variété d'atrophie accompagne constamment la cataracte sénile; l'infiltration graisseuse de la choroïde établit un lien de parenté de plus entre les deux altérations. D'ailleurs l'atrophie choroïdienne générale incomplète m'a paru sans influence sur l'état du corps vitré et de la rétine.

L'atrophie partielle présente elle-même deux degrés : elle est complète ou incomplète. Quoique occupant de préférence le segment externe de la choroïde, il n'est pas rare, dans les cas de cataracte, de la trouver localisée à la partie antérieure de la membrane, immédiatement derrière les procès ciliaires, où elle forme un cercle blanc grisâtre plus ou moins complet. La relation qui existe entre ce siége de l'altération choroïdienne et l'état du cristallin est telle, que, tout le reste de la membrane étant sain, la lentille présente constamment des opacités dès qu'on trouve cette atrophie antérieure. L'enchaînement entre les deux lésions est d'autant plus manifeste, que c'est précisément au niveau des points où l'altération

membraneuse fait défaut que le cristallin, dans les cataractes incomplètes, garde encore sa limpidité normale.

Ces faits me permettent de préciser davantage, et je me crois en droit de conclure, d'après ce que nous venons de voir de l'atrophie générale et partielle, que si la nutrition du cristallin est sous la dépendance de la choroïde, c'est plus spécialement, sinon uniquement, par la partie antérieure de la membrane que la connexion s'établit.

Ainsi, tous les faits pathologiques tendent à démontrer que c'est la choroïde qui préside à la nutrition du cristallin. A l'ossification, à l'atrophie, à l'invasion graisseuse de cette membrane, correspondent des états identiques de la lentille.

La solidarité que nous venons d'établir entre le cristallin et la choroïde n'est pas moins manifeste, quand on envisage l'influence de cette membrane sur le corps vitré. L'importance que les altérations de cette dernière humeur acquièrent dans la thérapeutique de la cataracte me fait un devoir d'insister ici sur leur étude.

Si l'on recherche les conditions anatomiques dans lesquelles la choroïde réagit sur l'un ou l'autre des milieux, on arrive à cette conclusion déjà signalée pour le cristallin, que la cataracte se produit dans les cas d'atrophie de la partie antérieure de la membrane : pour que l'action se manifeste du côté de l'humeur vitrée, il faut au contraire que la lésion porte sur la partie postérieure de la choroïde. Ces résultats sont on ne peut plus évidents, dans le cas où l'atrophie est nettement localisée ; au premier cas correspond la cataracte spontanée simple, normale ; au second, ce qu'on a décrit sous le nom des *cléro-choroïdite*, maladies très-souvent isolées l'une de l'autre.

Mais les faits ne sont pas toujours aussi simples, on en rencontre un grand nombre où l'atrophie choroïdienne porte à la fois sur les deux siéges et où par conséquent le cristallin et l'humeur vitrée sont à la fois altérés. C'est à ces cas que s'applique ce précepte de Roux : « ... Défiez-vous des yeux qui présentent trop ou trop peu de consistance ; toujours alors le corps vitré est ramolli, en sorte qu'il y a danger de vider l'œil. » Dans ces cas complexes, lors même que l'opération réussit, il n'en subsiste pas moins dans les résultats certaines anomalies sur lesquelles nous aurons à revenir.

Le diagnostic de ces altérations profondes de l'œil offre un très-grand intérêt. Dans les cas où la cataracte est encore incomplète et où l'on peut éclairer la rétine, l'exploration n'offre point de difficulté. Le degré et le siége de l'atrophie choroïdienne sont aisément

appréciés. Il n'en est plus de même dans les conditions opposées. Alors, en effet, tant que l'atrophie choroïdienne n'a réagi que sur le cristallin, on ne peut que présumer son existence; mais, dans les cas où elle a réellement de l'importance, lorsqu'il existe une altération concomitante du corps vitré, la diagnostic est encore le plus souvent possible. L'œil est plus dur lorsque la sclérotique n'a pas cédé; il est plus mou, plus volumineux, gêné dans ses mouvements, lorsqu'il existe des staphylômes sclérotidiens. Comme le ramollissement du corps vitré précède le plus souvent la cataracte, les antécédents eux-mêmes peuvent mettre sur la voie. La myopie antérieure, l'existence de la scléro-choroïdite dans la famille, sont autant de renseignements qu'il ne faut point négliger.

Si de cet ensemble de faits tendant à rattacher la cataracte à une altération des vaisseaux choroïdiens, nous remontons à la marche en apparence si insolite de cette maladie, nous arrivons à constater que la lésion du cristallin procède absolument de la même façon que les altérations des autres tissus dépendant d'un semblable état anatomique du système vasculaire. De même que l'apoplexie, le ramollissement cérébral, etc., liés à la dégénérescence des vaisseaux, présentent des périodes de repos et de recrudescence, de même nous voyons la cataracte rester stationnaire, puis progresser, puis s'arrêter de nouveau. Comme ces premières maladies, l'opacité du cristallin obéit aux mêmes deux ordres de causes; d'un côté comme de l'autre, c'est tantôt une excitation locale, tantôt une force intérieure, diathésique, plus ou moins méconnue, qui détermine leur évolution.

Quand elle est arrivée au point de produire la cataracte, l'altération choroïdienne n'est nullement guérie par le fait de l'opération sur le cristallin. Aussi, dans les cas en apparence les plus favorables, faut-il tenir compte de cette coexistence. C'est cette atrophie avec dépigmentation de la choroïde qui donne la raison de la sensibilité extrême de l'œil à la lumière vive, chez la plupart des vieillards, et en particulier chez ceux qui ont été opérés de cataracte. La souffrance est souvent telle, qu'ils préfèrent perdre les avantages des lunettes réfringentes qu'on leur consille, et n'employer que des verres colorés.

Parfois encore, l'opération elle-même devient l'excitant de l'altération choroïdienne. L'atrophie, incomplète et localisée à la partie antérieure de la membrane au moment où l'on a agi, devient rapidement plus prononcée et atteint sa portion postérieure. Dès lors il se produit un ramollissement avec augmentation de volume du

corps vitré. C'est dans ce cas que l'on constate souvent une portée de vision normale, ou même la myopie, bien que le cristallin ne soit plus sur le trajet des rayons lumineux. Les faits de cette nature sont loin d'être rares, ils ont été rencontrés par tous les chirurgiens. On a pendant longtemps cherché l'explication du phénomène dans la reproduction problématique du cristallin admise par Textor. Je présume, d'après ce que j'ai pu déjà constater un assez grand nombre de fois, que les observations ultérieures donneront à la scléro-choroïdite le principal rôle dans l'interprétation de ce fait.

D'ailleurs, soit que le staphylôme postérieur existe déjà, soit qu'il se produise à la suite de l'opération, il a toujours sur les résultats une grande influence. Je citerai à ce sujet le fait suivant :

Obs. Il s'agit d'une femme âgée maintenant de cinquante-quatre ans. Atteinte de cataracte congénitale, elle fut opérée par abaissement, aux Quinze-Vingts, à l'âge de seize ans. Le cristallin est en partie résorbé, toutefois il en existe encore dans chaque œil des portions assez notables à la partie inférieure et interne de la chambre postérieure. La pupille est largement dilatée; une fausse membrane demi-opaque cache une portion de l'ouverture irienne. Cette pseudo-membrane, insérée aux procès ciliaires, est probablement le résidu de la cristalloïde. L'inspection de l'iris, sa sensibilité à la belladone, sa contractilité à une vive lumière, tout démontre l'état normal de ce diaphragme. La dilatation de la pupille est manifestement le résultat du peu de sensibilité de la rétine. Si l'on examine la fausse membrane elle-même, on constate qu'elle présente dans chaque œil un orifice assez régulièrement circulaire, toujours dans l'aire de la pupille, et d'une ouverture supérieure à celle que présente normalement l'iris.

Cette femme jouit d'une vision à peine suffisante pour se conduire; elle est extrêmement myope. L'examen de l'œil fait découvrir une scléro-choroïdite avec staphylôme postérieur.

J'ai rapporté cette observation, parce qu'elle nous présente un exemple de la relation que j'ai voulu établir; elle est d'autant plus intéressante que l'ignorance de cette coexistence a eu ici sur la thérapeutique une influence probablement funeste à la malade. Car on lui a plusieurs fois proposé l'opération de la cataracte secondaire dont elle n'avait évidemment à espérer aucun avantage; de plus, on l'a soumise pendant plusieurs mois à l'emploi des lunettes convexes, lorsqu'il existait manifestement une indication opposée. La vision a promptement faibli, et il est possible que ces efforts d'une accommodation si anomale n'aient pas été sans une influence funeste sur la marche de la lésion choroïdienne et de la torpeur aujourd'hui bien manifeste des rétines.

L'incertitude dans le diagnostic de ces complications pouvant donner lieu à ces erreurs thérapeutiques, il devient du devoir du chirurgien, après l'opération de la cataracte, de toujours s'assurer de l'état des autres parties de l'œil, afin de n'attribuer au cristallin que la part qu'il mérite dans les troubles de la vision. On acquiert ainsi la certitude d'une grande tendance de l'économie à se suffire par elle-même, et l'on parvient à se convaincre qu'après un temps plus ou moins long, la réfringence des milieux s'accroît; la presbyopie disparaît assez souvent, parfois même elle est remplacée par un état contraire de la vue. Ces résultats ne sont que trop prouvés par la multitude des opérés qui se voient dans la nécessité de renoncer à l'usage des verres convergents. Le moment où cette transition s'effectue m'a paru correspondre à cette période plus ou moins éloignée de l'opération, où le malade au désespoir voit le résultat, d'abord très-satisfaisant, plus ou moins compromis par l'affaiblissement graduel de sa vision. Il attribue la cause de cet état à la faiblesse de ses verres ; il en réclame le changement, que trop souvent il obtient à son préjudice [1].

De ces faits, découlent ces conséquences d'une haute importance pratique : qu'après l'opération, il ne faut point se hâter de donner au cataracté des lunettes convexes, qu'il suffit d'abord de conserves colorées pour suppléer à la dépigmentation choroïdienne ; que plus tard, enfin, il ne faut encore que sur des indications bien établies recourir aux verres convergents; qu'à cette opération, il ne faut demander qu'un résultat compatible avec l'état du reste de l'organe.

En ce qui concerne le choix de la méthode opératoire, l'atrophie choroïdienne, tant qu'elle n'a point réagi sur le corps vitré, laisse au chirurgien la liberté d'employer indistinctement l'extraction ou l'abaissement; mais, du moment qu'il existe une fluidification de cette humeur, l'imminence du danger fait un devoir de renoncer à toute section qui pourrait exposer à l'évacuation immédiate du contenu oculaire. C'est là un fait que les recherches récentes sur les staphylômes de la sclérotique ont mieux fait connaître dans ses conditions anatomiques, mais dont l'expérience avait depuis longtemps forcé d'admettre l'importance. J'ai déjà dit que les antécédents, le volume, la consistance de l'œil, le *tremulus iridis*, comme l'avait

---

[1] « On a constaté, du reste, à ce sujet, qu'après l'extraction du cristallin le corps vitré s'arrondit en avant, comme pour remplir le vide qui vient de s'opérer dans l'œil et diminuer l'importance des lunettes. » (Velpeau, *Leçons sur les maladies des yeux*.)

très-bien vu M. Velpeau, permettaient d'établir le plus souvent le diagnostic de ce ramollissement du corps vitré.

Pour clore ce travail, il me reste à entrer dans quelques considérations sur le traitement prophylactique de la cataracte. Quand on réfléchit à ce fait, qu'après soixante ans l'immense majorité des cristallins présentent des traces plus ou moins prononcées de cette maladie; que de ce nombre infini, une proportion extrêmement restreinte arrive à l'opacité complète, il semble que la thérapeutique devrait pouvoir éviter ces cas malheureux, exceptionnels, et les maintenir à cet état rudimentaire qui ne constitue pour ainsi dire qu'une condition sénile, physiologique.

Envisagée comme une maladie locale, mais inaccessible aux topiques, jusqu'au jour où l'altération est assez grave pour nécessiter une opération, la cataracte, dans ces premières périodes, est jugée au-dessus des ressources de la thérapeutique; son évolution complète est regardée comme fatale. Les faits viennent déposer contre cette manière de voir, et la marche naturelle de la maladie dément chaque jour de tels pronostics.

La première indication de ce traitement prophylactique est d'éviter tout ce qui peut exciter, irriter l'œil.

La nature, dans sa prévoyance, convie à cette indication; car elle fait toujours précéder l'opacité du cristallin de l'atrophie choroïdienne. C'est qu'en effet l'excitant normal, la lumière, quand elle est vive, est une des causes les plus puissantes du progrès de la cataracte; or, il faut chercher dans la douleur que produit cet agent sur les profondeurs de l'œil, dépourvues de pigment, la raison pour laquelle les cataractés fuient le plus grand jour pour la demi-obscurité. L'observation des faits, le siége des opacités, sont contraires à l'explication généralement admise de ce phénomène.

C'est en guérissant les phlegmasies oculaires concomitantes, en évitant toute fatigue prolongée des yeux, et en garantissant cet organe de toute lumière vive, que très-souvent on maintient stationnaires pendant des années les opacités du cristallin.

Les topiques sur l'œil me paraissent plus nuisibles qu'utiles; car, en dehors de leurs propriétés spécifiques, contestables pour cet ordre de maladies, ils ont tous un effet congestif immédiat. Or, d'après tous les faits que j'ai pu observer, les congestions oculaires actives ou passives ont toujours sur la marche de la cataracte une influence funeste. J'en dirai autant de l'électricité, bien que cet agent ait été considéré comme un spécifique de la cataracte. Aujourd'hui les observations ont fait justice de l'engouement momentané pour cet

agent; or, dans la nature de la lésion choroïdienne, il n'existe aucun caractère contre lequel l'électricité soit indiquée. Mais, les faits de guérison restant toujours problématiques, il me semble qu'on a trop négligé l'étude des inconvénients qui pourraient résulter de son emploi. L'observation (que m'a transmise M. le docteur Cusco) d'un jeune homme atteint de scléro-choroïdite héréditaire, qu'un ophthalmologiste célèbre traitait par l'électricité, et où l'application de cet agent sur les yeux a suffi pour développer presque subitement une double cataracte, me laisse toujours de grands doutes sur sa prétendue innocuité.

Nous avons déjà vu dans l'anatomie pathologique que l'atrophie choroïdienne était liée à une altération vasculaire profonde, le plus souvent étendue à d'autres parties de l'organisme (le cerveau, le poumon, etc., etc.). Si l'on examine les effets d'une telle dégénérescence des vaisseaux dans ces appareils plus ou moins éloignés, on constate que le principal résultat de cet état anatomique est une congestion permanente, passive, arrivant tôt ou tard à des exacerbations suffisantes par elles-mêmes pour mettre la vie en danger, ou déterminant la mort par des hémorrhagies ou des phlegmasies bâtardes qui conservent toujours un certain caractère spécifique.

Or, dans la marche de l'atrophie choroïdienne, et par conséquent de la cataracte, on observe cette tendance congestive, ces poussées de même nature, parfois isolées, souvent aussi liées à un même état de l'encéphale ou du poumon. Cette congestion est ou bien étendue aux limites extérieures du globe oculaire, ou bien limitée à la choroïde; dans ce dernier cas, l'ophthalmoscope seul permet d'en suivre toutes les phases.

C'est à ces bouffées congestives que correspond la marche paroxystique de l'atrophie et de la cataracte. De là donc une nouvelle indication thérapeutique, déduite de la pathologie générale, et en tout point conforme au traitement de la diathèse congestive. Il faudra, pour empêcher les opacités du cristallin de progresser, entretenir l'état normal des grandes fonctions de l'économie, surveiller, diriger même les exutoires, les flux sanguins constitutionnels, recourir parfois à un traitement dérivatif plus ou moins énergique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mastic en larmes contre l'incontinence nocturne d'urine.

La plupart des agents thérapeutiques conseillés contre l'incontinence nocturne d'urine n'agissent souvent qu'après un long temps, de sorte qu'on est toujours tenté de rapporter la guérison, lorsqu'elle survient, plutôt à l'évolution naturelle de la maladie qu'à l'action médicamenteuse des moyens mis en usage. Il n'en saurait être de même après l'emploi du mastic en larmes, puisque la cure de l'incontinence se produit pendant la médication, dont la durée est de quatre à huit jours au plus. Voici notre formule :

Mastic en larmes....................	32 grammes.
Sirop de sucre......................	Q. S.

pour un masse pilulaire que l'on divise en 64 bols. Lorsque les jeunes malades avalent difficilement, on fait diviser cette masse en 128 pilules. On peut même substituer le miel au sirop et faire préparer un électuaire, que l'on administre enveloppé dans du pain azyme.

Quelle que soit la forme pharmaceutique que l'on adopte, si l'enfant a plus de dix ans, il faut que les 32 grammes soient pris en quatre jours, c'est-à-dire 8 grammes par jour, soit 4 grammes le matin, autant le soir, deux heures avant ou après le repas. Lorsque les petits malades sont au-dessous de cet âge, on diminue les doses et on met six ou huit jours à administrer les 32 grammes de mastic.

Lorsque la guérison ne couronne pas cette première tentative, on recommence immédiatement l'emploi du médicament et aux mêmes doses. Mais si l'incontinence nocturne d'urine persiste après ce second essai, il est inutile de poursuivre plus longtemps la médication. Ces faits d'insuccès forment l'exception, car dans plus des deux tiers des cas où nous avons employé le mastic, nous avons vu la cure se produire, même chez des sujets âgés de dix-huit à vingt-quatre ans et qui étaient affectés de cette dégoûtante infirmité depuis leur première enfance.

Le mastic est une résine que l'on obtient à l'aide d'incisions pratiquées au tronc et aux branches du *pistacia linstica*, arbuste cultivé en grand dans l'île de Chio. Toutes les femmes, en Orient, en font un grand usage; elles le mâchent (d'où lui vient son nom) sans cesse, afin de parfumer leur haleine. On fait tant de cas du mastic dans ces contrées, qu'on en aromatise les liqueurs et qu'on en met dans le pain. Cette substance jouit de propriétés stomachiques : on la

donne à l'intérieur contre l'hémoptysie, le catarrhe chronique, la leucorrhée, et chez nous on n'en fait presque pas usage. Desbois, de Rochefort, dit cependant que le mastic était fort usité autrefois comme agent sudorifique ; aujourd'hui, il ne figure plus même dans aucun de nos traités de matière médicale. D.

Formule contre le scorbut.

Le professeur Skoda, de Vienne, dit employer avec avantage la préparation suivante, qu'il associe d'ailleurs aux autres moyens généralement conseillés contre le scorbut :

Décoction de malt avec bourgeons de sapin.	275 grammes.
Levûre de bière........................	25 grammes.
Sirop d'écorces d'orange................	25 grammes.

à prendre par cuillerée à bouche, toutes les deux heures.

Formules pour l'emploi du chlorure de zinc dans la blennorrhagie et la vaginite.

Nous avons publié récemment l'analyse d'un travail dans lequel M. Legouest, professeur de clinique au Val-de-Grâce, recommandait l'emploi d'injections de chlorure de zinc comme traitement de la blennorrhagie chez l'homme (t. LVI, p. 200). Un de nos correspondants, M. le docteur Gaudriot, nous écrit pour nous rappeler qu'il y a vingt-cinq ans, il a adressé à l'Académie de médecine un mémoire ayant pour but de préconiser la même médication, et, ce qui est non moins important, il nous apprend que depuis cette époque, il en a toujours obtenu les meilleurs résultats. Dans ce mémoire, notre confrère ne signalait pas seulement les bons effets des solutions de chlorure de zinc dans la blennorrhagie urétrale, mais encore dans les vaginites. Chez la femme, l'agent thérapeutique était prescrit sous la forme de pessaire médicamenteux. Voici d'ailleurs les formules de M. Gaudriot.

Solution pour injections.

Pr. Chlorure de zinc liquide.........	24 à 36 gouttes.
Eau distillée....................	90 grammes.

Agitez et filtrez au papier.

Deux ou trois injections par jour. Chaque injection pratiquée avec une seringue à extrémité renflée et avec très-peu de liquide, l'affection à son début ayant pour siége la fosse naviculaire.

Suppositoire vaginal.

Chlorure de zinc liquide.....................	5 gouttes.
Sulfate de morphine......................	25 milligrammes.

Epistez convenablement avec huit grammes du pastillage suivant :

Mucilage épais de gomme adragante.........	6	parties.
Sucre en poudre..........................	3	—
Amidon en poudre.........................	3	—

Mêlez exactement et moulez de façon que le suppositoire soit creux et n'ait que deux millimètres d'épaisseur.

Introduire un suppositoire toutes les vingt-quatre heures, puis tous les deux jours.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des médicaments composés. Action corrective de l'opium.

Vous savez qu'Hippocrate n'employait que des médicaments simples, ce qui du reste ne pouvait guère être autrement, d'abord parce qu'il faisait de la médecine expectante, et principalement parce que de son temps on ne connaissait que très-peu de substances médicamentonses. Mais, à mesure que le nombre de ces substances s'accrut, on employa des médicaments composés de la manière la plus variée, et ces combinaisons atteignirent leur plus haute expression dans la composition de la thériaque. Vers la fin du moyen âge, Paracelse entre autres essaya d'introduire dans la pratique des formules plus simples ; la grande majorité des médecins conserva cependant les anciennes formules, chargées parfois des substances les plus hétérogènes. Les efforts de Hahnemann eurent plus de succès ; les praticiens abandonnèrent peu à peu la polypharmacie et s'habituèrent à ne prescrire à la fois qu'un seul médicament. C'est à partir de cette époque que l'on commença aussi à faire des expériences sur les animaux et sur l'homme relativement sain, dans le but de déterminer les effets physiologiques et toxiques des médicaments. En même temps on apprit à connaître d'une manière plus positive leur action thérapeutique dans les maladies. Malheureusement cette réaction en faveur d'une thérapeutique plus rationnelle alla trop loin ; on passa d'un extrême à l'autre, et bien des médecins n'employèrent plus que des substances ou des préparations chimiques simples, sans penser à faire des expériences comparatives sur l'action thérapeutique relative des médicaments simples et des médicaments composés. On alla même jusqu'à regarder avec un air de dédain les confrères qui faisaient de telles expériences ou qui employaient des médicaments composés.

Une circonstance cependant aurait dû prouver à ces médecins combien il y avait encore à faire dans cette branche de la science avant qu'il fût possible de porter un jugement définitif. Je veux parler de la découverte des alcaloïdes et des autres éléments constituants des plantes, qui montra que bien des médicaments qu'on avait crus simples étaient composés, et que les végétaux eux-mêmes avaient une action tout autre et parfois plus intense que leurs éléments actifs extraits par l'art et employés isolément, comme, par exemple, le quinquina en substance et la quinine. Ajoutez à cela, mon cher ami, que ces confrères ordonnaient sans scrupule les eaux minérales dont ils reconnaissaient volontiers l'efficacité, bien que les principes constituants de ces eaux forment souvent une liste aussi longue ou même plus longue encore que les substances prescrites sur une ordonnance du temps classique de la polypharmacie. Je ne parle pas de mainte ancienne formule magistrale dont aucun praticien expérimenté ne saurait nier l'utilité. Ces remarques pourraient faire supposer que je veux défendre la composition arbitraire de beaucoup de médicaments. Telle n'est certes pas mon intention, et je sais fort bien apprécier la différence qui existe entre une eau minérale naturelle dont la composition ne varie pas et dont les effets salutaires ont été constatés depuis des siècles, ou une formule magistrale également éprouvée par une longue expérience, et certaines compositions polypharmaques. Mais je voudrais amener les praticiens, et je crois qu'il n'est pas trop tôt, à faire des expériences comparatives avec des substances médicamenteuses aussi simples que possible et avec des médicaments composés dont la composition toutefois est basée sur une idée théorique ou sur un résultat pratique. On reconnaîtrait peut-être alors que certaines substances médicamenteuses ne développent complétement leur action thérapeutique qu'autant qu'on leur en associe d'autres, et que ce qui paraît être une bévue chimique est souvent loin d'être une bévue thérapeutique. Il se pourrait même qu'on arrivât à trouver des règles pour certaines combinaisons de substances médicamenteuses qui en assureraient ou augmenteraient l'action thérapeutique.

Moi-même, j'ai trouvé une telle règle — c'est peut-être même une loi — que je suis en mesure de soutenir ; la voici :

« Tous les remèdes héroïques gagnent en vertu curative et perdent de leur propriété toxique lorsqu'on leur associe un peu d'opium. »

Cette proposition va paraître paradoxale, sinon absurde, à la plu-

part de nos confrères. « Nous croyons, me diront-ils, que les remèdes héroïques, qui appartiennent tous plus ou moins à la catégorie des poisons violents, provoquent, en raison justement de leur nature toxique et pour cela même rebelle à la force assimilatrice, dans notre organisme un état ou un travail qui exclut avec plus ou moins d'énergie le travail morbide qui s'y fait déjà [1], selon le proverbe qui dit : Personne ne peut servir deux maîtres à la fois. Mais puisque cette action toxique du médicament provoque dans l'économie un état qui exclut la maladie, et qu'il est avéré que plusieurs médicaments, comme le calomel, la quinine, etc., etc., ne développent dans beaucoup de cas leurs propriétés curatives qu'autant que leurs effets physiologiques (identiques avec l'action toxique) se produisent, comment se peut-il qu'une substance qui modère l'action toxique d'une autre en augmente en même temps la vertu thérapeutique ? » Je vous avoue franchement que je ne saurais que répondre à cette question. Mais si l'expérience vient justifier ma manière de voir, je me permettrai de demander à mon tour : N'est-il pas possible que notre opinion sur l'action thérapeutique des médicaments soit erronée ? N'est-il pas possible que l'action toxique et l'action thérapeutique d'une substance médicamenteuse dépendent de lois différentes ? Vous conviendrez qu'il y aura là ample matière à réflexion. Pour le moment, je vais tâcher de justifier par des faits la proposition que j'ai émise plus haut, et si les observations sur lesquelles je m'appuie ne sont pas toutes également concluantes, il n'y en a du moins aucune qui doive être omise, beaucoup qui parlent hautement en ma faveur, et leur ensemble est à l'abri de toute attaque.

Je commencerai par les substances qui appartiennent au règne inorganique.

Iode. — J'ai employé très-souvent, mais toujours associé à l'opium, l'iodure de potassium, l'iodure de sodium et l'iodure de fer dans des maladies rhumatismales chroniques, et dans les affections scrofuleuses et syphilitiques, et jamais, quoique j'aie donné jusqu'à 4 grammes de ces médicaments par jour, je n'ai observé des symptômes d'intoxication, tandis que leur action thérapeutique ne laissait rien à désirer. J'ai obtenu des résultats brillants dans le rhumatisme chronique avec affection des ligaments et du périoste, et dans des cas de tumeurs et d'ulcères scrofuleux ; je vous dirai ce-

---

[1] On sait qu'il n'est qu'un nombre restreint de maladies dans lesquelles les médicaments neutralisent directement la cause morbigène. E.

pendant qu'à l'usage interne de l'iodure opiacé à petites doses, je joignais encore des applications locales de teinture d'iode.

L'usage de l'iodure de potassium ou de sodium à haute dose, associé à de petites quantités d'opium, m'a fourni de très-bons résultats dans le traitement des affections syphilitiques tertiaires. Je citerai notamment quelques cas rebelles à la médication mercurielle, et d'autres qui avaient été soumis à cette médication dans une période antérieure de l'affection, dans lesquels la guérison a été prompte et durable. J'ai eu occasion, au bout de quatre à cinq ans, d'avoir des nouvelles de quelques-uns de mes anciens malades, et j'ai appris avec plaisir que leur guérison ne s'était pas démentie.

Azotate de potasse. — M. Owen vante les bons effets de ce sel associé à l'opium dans le rhumatisme articulaire aigu, et M. Pears a confirmé ces observations (Gazette des Hôpitaux, 1852, n° 24). Vous savez que lorsqu'on veut combattre cette affection par l'azotate de potasse seul, il faut l'administrer à très-haute dose, ce qui n'est pas sans danger, et le succès n'est même pas toujours assuré.

Acétate de plomb. — Ce sel ne devient médicament qu'autant qu'il est uni à l'opium. Ce mélange a été employé avec un succès remarquable dans le traitement de la pneumonie, sans déterminer d'accidents fâcheux, si ce n'est dans un cas rapporté par M. Eichhorn, où il se produisit de légers symptômes d'intoxication saturnine qui pouvaient, du reste, provenir tout aussi bien d'une idiosyncrasie du malade. S'il est permis de tirer une conclusion d'une observation de M. F. Gœlis, l'acétate de plomb opiacé serait très-efficace dans le croup ; dans ce cas du moins, l'usage de ce médicament amena promptement une amélioration durable.

Dans un cas bien caractérisé de gangrène du poumon, M. Scerlecki a sauvé son malade en lui donnant l'acétate de plomb opiacé à haute dose (1), et M. Jaeger l'a employé avec succès dans la pneumorrhagie (2). En dernier lieu enfin, il faut noter que beaucoup de praticiens s'en servent comme d'un palliatif dans la phthisie pulmonaire.

Le fait suivant démontre clairement l'action corrective de l'opium sur le plomb. En 1835, j'ai pris journellement, pendant douze jours consécutifs, trois paquets contenant chacun 12 centigrammes d'acétate de plomb et 3 centigrammes d'opium (en tout 4,32 de sel plombique), sans éprouver le moindre symptôme d'intoxi-

(1) *Schmidt's Jahrbücher*, Band 44, S. 183.

(2) *Medizinische Zeitung herausgegeben von dem Vereine für Heilkunde in Preussen*, 1855, n° 433.

cation ; bien au contraire, je me sentais beaucoup mieux que depuis longtemps, et je n'aurais certes pas renoncé à l'usage de ce moyen, si je n'avais pas craint d'en ressentir à la fin les effets toxiques.

Carbonate de fer. — Au moyen de ce sel, uni à l'acétate de morphine, le professeur Canstatt et moi, nous avons traité avec le succès le plus complet différentes névralgies d'origine rhumatismale, dont quelques-unes avaient résisté soit au carbonate de fer, soit à l'acétate de morphine employés isolément. Chaque dose était composée de 60 centigrammes de carbonate de fer, associés à 15 milligrammes d'acétate de morphine.

Sulfate de cuivre. — M. Elliotson vante les bons effets du sulfate de cuivre opiacé dans la dyssenterie aiguë, et notamment dans la dyssenterie chronique que les Anglais rapportent si souvent des pays chauds. Il l'a trouvé tellement efficace dans cette dernière affection, qu'il dit ne pas se rappeler à quelle époque elle lui a enlevé pour la dernière fois un de ses malades ; de plus, ce médicament est inoffensif au point qu'un homme, atteint d'une forme particulière de diarrhée, a pu en faire usage pendant l'espace de trois ans sans le moindre inconvénient. Il est encore une espèce fort curieuse de diarrhée qui affecte beaucoup d'Anglais revenant des Indes, et dans laquelle le sulfate de cuivre opiacé est d'une grande utilité. D'après les observations faites jusqu'ici, cette diarrhée atteint seulement les hommes, jamais les femmes. Les évacuations sont blanches, comme du mortier fortement détrempé, fréquentes, copieuses et ne provoquent pas de coliques ; les malades maigrissent peu à peu et succombent. M. Baillie, qui a déjà décrit cette affection, dit qu'il n'a jamais réussi à la guérir. M. Elliotson (1), au contraire, en a guéri deux cas par l'emploi continu du sulfate de cuivre opiacé.

En 1836, le choléra ayant fait invasion à la Conciergerie de Munich, M. Kugler fut chargé par le gouvernement bavarois du service médical de cet établissement. Sur ma proposition, il essaya le sulfate de cuivre, mais ce sel occasionna des vomissements même chez des malades qui se trouvaient encore dans la période prodromique et qui n'avaient pas encore vomi. M. Kugler ajouta alors à chaque dose de sulfate de cuivre 15 milligrammes d'opium ; ce mélange fut très-bien supporté et se montra fort efficace, non-seulement contre la diarrhée prémonitoire (j'en ai fait l'expérience sur moi-même), mais encore dans plusieurs cas de choléra qui n'étaient pas encore arrivés à la période algide.

---

(1) Elliotson, *Principles and practice of medicine.*

Ce furent, si je ne me trompe, les succès obtenus par M. Elliotson qui m'engagèrent à essayer le sulfate de cuivre opiacé dans la diarrhée de la dentition, et vous avez vu dans la lettre précédente les résultats brillants que j'ai retirés de l'emploi de ce moyen. Personne, assurément, n'osera dire que l'opium ou le sulfate de cuivre, employés l'un sans l'autre, peuvent produire d'aussi bons effets. Le sulfate de cuivre, donné à la dose de 15 milligrammes, trois ou quatre fois par jour, provoquerait certainement chez des enfants de violents vomissements qui forceraient d'en suspendre l'usage et rendraient son action altérante presque nulle. Ne savons-nous pas que dans la pneumonie le tartrate de potasse et d'antimoine à haute dose n'agit, comme antiphlogistique, qu'autant qu'il ne provoque ni vomissements, ni diarrhée? C'est pour cette raison aussi que dans le croup il ne faut pas donner le sulfate de cuivre dans le but de provoquer des vomissements; il ne peut combattre avec succès l'inflammation croupale que lorsqu'il agit comme altérant, c'est-à-dire lorsqu'il ne fait pas vomir. Il existe, en effet, des observations de croup où l'administration de ce moyen a amené la guérison sans avoir donné lieu à ce phénomène.

Il y a quelques années, on a vanté à Berlin les bons effets du sulfate de cuivre opiacé dans la coqueluche. Je l'ai expérimenté dans plusieurs cas, et j'ai vu que sous son influence les accès perdaient en effet beaucoup de leur intensité; je crois même que la durée de l'affection fut considérablement abrégée; mais, quant à ce dernier point, je ne puis rien affirmer, parce que les faits que j'ai rassemblés sont trop peu nombreux, et que les malades se sont soustraits trop tôt à mon observation.

Préparations mercurielles. — Hamilton déjà employait avec succès le calomel uni à l'opium dans différentes maladies, notamment dans la pneumonie et dans l'hépatite. Sous cette forme, le calomel était plus actif et n'occasionnait pas si facilement la salivation que lorsqu'il était administré sans opium. Howard a confirmé ce fait, et plus récemment encore M. Witting a de nouveau préconisé le protochlorure de mercure opiacé dans le traitement de la pneumonie.

Le bichlorure de mercure gagne également en vertu thérapeutique lorsqu'il est associé à l'opium; Wedekind, de Darmstadt, et le professeur Bartels, l'avaient déjà observé, et je crois l'avoir vu moi-même à plusieurs reprises. Même pour l'usage externe du sublimé, une addition d'opium se montre utile, quoi que la chimie puisse dire contre un tel mélange. Le bichlorure de mercure opiacé a été em-

ployé avec succès dans l'ophthalmie, et le Journal médico-chirurgical de von Ehrhartstein rapporte que les injections d'une solution opiacée de sublimé ont été trouvées fort efficaces dans l'otite interne suppurée. J'ai observé un cas d'otite rhumatismale où, après avoir donné issue au pus, j'ai constaté l'existence de la carie; malgré la gravité de l'affection, l'emploi local de cette solution amena une guérison complète, avec conservation de l'ouïe de l'oreille malade.

Vous savez, enfin, qu'autrefois l'oxyde rouge de mercure, associé à l'opium, fut souvent employé dans le traitement de la syphilis, et que beaucoup de praticiens n'ajoutaient l'opium que dans le but de prévenir la salivation.

Préparations antimoniales. — Le tartrate d'antimoine et de potasse (en France aussi l'oxyde blanc d'antimoine) jouit d'une grande réputation dans le traitement de la pneumonie, de la pleurésie, du rhumatisme articulaire aigu et de quelques autres affections. Comme en général les préparations antimoniales à hautes doses donnent fréquemment la diarrhée, phénomène toujours désagréable et en tous cas dangereux pour les vieillards, je ne les prescris qu'unies à de l'opium (en France on a l'habitude de leur associer le sirop diacode) ; ce mélange détermine rarement la diarrhée, et l'action thérapeutique n'en est que plus efficace. Je crois que l'addition de l'opium prévient en même temps l'éruption si dangereuse de l'exanthème que l'on voit parfois se former sur la muqueuse du canal alimentaire à la suite de l'usage du tartre stibié. Cette supposition est-elle fondée ? Je l'ignore, mais je crois qu'au moyen d'une expérience comparative on arriverait facilement à le savoir : il s'agirait simplement d'appliquer, chez un même malade, soit en frictions, soit en fomentations, d'un côté une solution stibiée sans opium, et de l'autre la même solution avec une addition d'opium. Fontanelle, qui a déjà fait des expériences dans ce sens, recommande de joindre des fomentations avec une solution de tartre stibié à l'usage interne de ce sel dans le traitement des maladies énumérées plus haut.

Je vous dirai encore que si l'opium limite l'action spécifique du tartre stibié, celui-ci, de son côté, atténue la propriété de l'opium de déterminer des congestions cérébrales, de sorte que le mélange de ces deux substances peut être administré à des personnes qui ordinairement ne supportent pas l'opium.

Bichromate de potasse. — M. d'Arrestia (de la Havane) affirme que, dans le traitement de la syphilis, ce sel donne des résultats plus sûrs et plus prompts que les préparations mercurielles, à la

condition expresse, toutefois, qu'il soit associé à l'opium et qu'immédiatement après chaque dose les malades boivent un verre d'eau sucrée. M. Desmarres, aussi, n'emploie le bichromate de potasse qu'uni à l'opium.

Arsenic. — Il résulte des expériences de Jaeger que les lapins et les pigeons supportent des doses d'arsenic deux ou trois fois plus fortes qu'il ne faut ordinairement pour les tuer, pourvu qu'on y ajoute la moitié ou une quantité égale d'opium. Bréra et Harless avaient déjà observé que l'arsenic, uni à l'opium, avait une action bien plus prononcée et plus prompte dans les fièvres intermittentes que lorsqu'il était employé isolément, et, dans ces dernières années, on est arrivé à un résultat analogue en Russie. Pour n'en citer qu'un exemple, je vous dirai que M. Sawosslitzky (1) a guéri la fièvre intermittente en faisant prendre en moyenne 6 centigrammes d'arsenic, associé à l'opium, pendant toute la durée du traitement; quelquefois même 2 centigrammes suffisaient pour amener la guérison. Dans le temps, j'ai moi-même employé ce mélange dans quelques cas de névrose, tantôt avec succès, tantôt sans résultat, mais sans observer d'accident fâcheux.

EISENMANN, D.-M.,
à Würzbourg (Bavière).

(La fin au prochain numéro.)

BULLETIN DES HOPITAUX.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL EN GUTTA-PERCHA DESTINÉ AU TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — OBSERVATION TÉMOIGNANT DE SES BONS EFFETS. — Au nombre des applications les plus ingénieuses de la gutta-percha, il faut placer l'essai, tenté par M. Morel-Lavallée, de maintenir avec cette substance les fragments du maxillaire inférieur brisé. Le mémoire de M. Morel-Lavallée sur cet appareil étant entre les mains d'une Commission académique, ce nouveau moyen de traitement n'a pu recevoir encore une publicité suffisante. De là, pour les chirurgiens qui veulent l'employer, quelques tâtonnements et même parfois l'omission des règles fondamentales de son application. Nous croyons donc rendre service à nos confrères, en plaçant sous leurs yeux la partie d'un rapport lu par M. Morel-Lavallée à la Société de chirurgie, dans laquelle l'auteur rappelle brièvement ces règles.

(1) *Medizinische Zeitung Russlands*, n° 51, 1854.

1° La réduction faite, dit M. Morel, elle doit être maintenue momentanément, et prolongée pendant les dix minutes qu'exige la solidification de l'appareil.

Il fallait trouver, pour cette contention momentanée, un artifice qui laissât libre et à découvert l'extrémité des fragments qui allait recevoir la gutta-percha. Les doigts ne peuvent agir sur les fragments qu'en y prenant la place du moule, et ils en rendraient la pose impossible. Force est donc de renoncer à ces pinces intelligentes que trop souvent d'ailleurs rien ne peut suppléer. Ici — cela ressemble presque à un paradoxe — il y a au moins deux moyens plus commodes et plus sûrs que les doigts. Le déplacement le plus opiniâtre et le plus important est celui qui se fait d'avant en arrière, selon l'épaisseur. Pour m'en rendre maître, j'ai d'abord jeté une anse de fil très-fort autour de la dent, ou des dents implantées, dans l'extrémité du fragment qui, après la réduction, conserve de la tendance à se reporter en dehors. Les deux bouts de l'anse, ramenés en arrière, sont réunis et enroulés sur le milieu d'un bâtonnet. Ce bâtonnet est confié à un aide qui est chargé, par des tractions autant que possible uniformes, de retenir et d'immobiliser les fragments. L'un de ces fragments se porte-t-il en haut, les tractions exercées sur l'anse du fil, au lieu d'être horizontales, seront obliques en bas, etc.

Ce moyen, on le voit, non-seulement assure la coaptation, mais sert encore quelquefois à compléter la réduction, quand les doigts seuls ne sauraient l'obtenir.

Malgré les difficultés d'obtenir, même pour un temps très-court, une traction uniforme, ce procédé réussit, mais le suivant est bien préférable. Il consiste en une anse de fil de fer recuit, jetée autour des mêmes dents et dont on réunit en avant les extrémités en les tordant ensemble avec une pince. Les fragments sont ainsi serrés l'un contre l'autre et maintenus avec une parfaite exactitude. Quelquefois, afin d'avoir une coaptation et une contention régulières, j'ai dû passer le fil entre plusieurs dents successives, comme dans une sorte de treillage, pour toujours en réunir par torsion les extrémités en avant.

2° Cela fait, on procède tout à son aise à la *confection* et à la *pose du moule*. Une tranche de gutta-percha d'environ 5 centimètres de long et de 2 centimètres de côté est jetée dans l'eau à 80 degrés. Elle est bientôt amenée à la consistance du mastic de vitrier; par une compression rapide on donne la forme d'un coin à ses deux extrémités, afin qu'elles puissent s'engager plus facilement entre les arcades dentaires. On arque légèrement la tranche et on la pose sur

l'os fracturé; tandis que d'une main on soutient le menton, de l'autre on presse de haut en bas sur la tranche également, régulièrement, jusqu'à ce que le doigt sente la couronne des dents et n'en soit plus séparé que par une couche mince. On rapproche les deux mâchoires et l'on fait sur le moule des injections d'eau frappée, ou bien, si le blessé est intelligent, il aspire l'eau à l'aide d'un tube et en dirige le courant sur l'appareil. Dans les deux cas quelques morceaux de glace introduits dans la bouche hâtent la réfrigération.

En quelques minutes la gutta-percha a repris toute sa solidité. Alors le moule est enlevé, l'anse de fil coupée et retirée. On façonne le moule avec un couteau, en ne lui laissant que le volume nécessaire à sa résistance.

Enfin, la fracture est de nouveau réduite avec les doigts, ou, s'il le faut, à l'aide de l'anse de fil de chanvre dont les bouts sont enroulés sur un bâtonnet, et on replace le moule, toujours avec facilité.

On appuie dessus avec une certaine force; les dents s'engagent et sont serrées dans les alvéoles. Le moule tient ainsi, en général, et maintient les fractures de manière à permettre la parole et la mastication, sans se déranger.

3° Lorsque le déplacement en haut est opiniâtre, il se peut, mais c'est extrêmement rare, qu'on ait besoin d'ajouter un ressort au moule. Ce ressort consiste en une mince lame d'acier dont l'extrémité buccale s'adapte à la face supérieure du moule, où elle s'implante par de petites pointes très-courtes, se recourbe sur la lèvre correspondante et va, par une pelote concave et rembourrée, s'appuyer, sur le menton, pour la fracture de la mâchoire inférieure, à l'occiput pour celle de la mâchoire supérieure.

Depuis longtemps, dans les cas les plus difficiles, le moule a pu se passer de cet auxiliaire. Du reste, s'il ôte à l'appareil un peu de sa simplicité, il ne gêne ni la parole ni la mastication.

Il pourrait se rencontrer des cas où, bien qu'indiqué, ce ressort serait inapplicable : par exemple, des fractures du maxillaire inférieur compliquées d'une lésion très-douloureuse des parties molles du menton, contusion, plaie, inflammation; il est évident qu'alors la pelote sous-mentale ne saurait être même posée.

Pour ces cas, s'il s'en présente, je tiens en réserve un autre moyen. Si je ne me trompe, la ligature des dents n'est dangereuse que parce qu'elle porte, non pas sur les dents, mais sur les gencives et sur l'os. Il faut donc l'empêcher de glisser sur le collet de la dent; pour cela il suffira de coiffer la couronne de la dent, qui de chaque côté confine à la fracture, avec un capuchon métallique assez mince

pour s'engager dans les interstices dentaires et muni en avant d'un fil métallique recuit; la réduction faite, on tordra ensemble les fils des deux capuchons qui serreraient ainsi les fragments l'un contre l'autre et les maintiendraient : tel est le procédé que j'essayerais.

Je ne sais si je dois avoir l'occasion de l'employer, le moule seul comptant autant de succès que d'applications.

En résumé, au point de vue de la question thérapeutique, il me paraît établi, par les faits aujourd'hui connus, que les fractures les plus simples, comme les plus graves, du maxillaire, réclament également l'appareil de gutta-percha.

A l'appui de la conclusion de M. Morel-Lavallée, nous citerons le fait suivant, adressé à la Société de chirurgie par M. le docteur Corne, médecin de l'hôpital militaire de Maubeuge.

Obs. *Fracture verticale de la mâchoire inférieure.—Abcès phlegmoneux consécutif. — Déplacement opiniâtre. — Emploi de la gutta-percha le treizième jour. — Guérison rapide.* — Sauzet est un cuirassier du 10e régiment, d'une bonne constitution, né dans les montagnes de la Drôme. Le 30 juin, il reçoit dans le dos un coup de pied de cheval qui le renverse en avant; la tête porte sur l'angle d'un mur: cet homme perd connaissance pendant quelques instants. Il est transporté de suite à l'hôpital, où l'on constate quelques traces de contusion en avant de la poitrine, et rien dans la région dorsale, où le jarret du cheval a plutôt agi que le sabot; pouls lent et déprimé, crachements sanguins et vermeils, obtusion des sens, douleur suite d'une contusion violente à l'angle gauche de la mâchoire et sous l'apophyse mastoïde. Il n'existe pas de déformation à la face, et l'examen de la poitrine ne révèle qu'un peu de râle muqueux.

L'intérieur de la bouche est exploré avec soin, et je reconnais une petite déchirure des gencives, entre les canines droites et les incisives; je me trouve alors sur la voie d'une fracture dont le trait passe en haut, entre les canines et les incisives, et s'étend verticalement en bas; pas de contusion aux téguments, pas de déplacement: simple mobilité avec crépitation. L'hémorragie est fournie par l'artère dentaire et n'offre pas de gravité.

J'attache les dents voisines avec un fort fil ciré, et je place une mentonnière en prescrivant des fomentations froides renouvelées; le soir un peu de céphalagie, le pouls s'est relevé : saignée de 400 grammes, fomentations froides.

1er juillet. L'hébétude a un peu diminué, le pouls est bon, pas de déplacement, crachats sanguinolents. Cet état si simple va être de courte durée, grâce à l'inintelligence et à l'indocilité du malade, qui ne supporte ni fomentations, ni bandage, et qui est de plus porteur d'un catarrhe bronchique. Il parle, tousse et crache sans la moindre précaution.

Le 2. Le fil de lin est remplacé par un fil métallique et la mentonnière par une fronde ouatée et gommée. Diète; infusion pectorale; potion opiacée.

Le 3. Hier soir, le malade a éprouvé un frisson ; même tuméfaction à l'angle gauche de la mâchoire avec douleurs aiguës, crachats sanguinolents, un peu d'œdème de la face et d'empâtement sous-maxillaire. Lait, infusion pectorale, potion opiacée.

Le 4. Déplacement vertical, rupture du fil métallique, céphalalgie, chaleur fébrile, frictions mercurielles et cataplasme émollient sous la mâchoire.

Le 5. Insomnie, déplacement vertical et antéro-postérieur considérable. Le fragment droit est porté en haut et en dehors par l'action des muscles temporal, masséter, ptérygoïdien ; le fragment gauche en bas par le peaucier, l'omo-hyoïdien et les geni-hyoïdiens. Après réduction, j'applique avec succès l'appareil suivant, et les fragments restent parfaitement en rapport.

Il se compose : 1º d'une gouttière métallique buccale de forme parabolique, qui s'applique sur les dents voisines de la fracture ; 2º d'une plaque métallique mentonnière, concave parabolique ; 3º de deux tiges en fer, soudées à la gouttière buccale, contournées pour loger la lèvre inférieure et descendant ensuite verticalement pour être reçues dans deux pitons qui font corps avec la plaque inférieure. Deux écrous à vis adaptés à ces tiges en dessous des pitons permettent de rapprocher ou d'éloigner à volonté les deux plaques, dont l'action est identique à celle des doigts de l'opérateur pendant la réduction.

Le 6. Crachats sanieux, gêne pour parler et pour boire, douleur et tuméfaction sous-maxillaire; la tuméfaction et la douleur de l'angle gauche de la mâchoire ont disparu, l'œdème de la face persiste. Lait, infusion pectorale, potion opiacée, lavement laxatif.

Le 7. La nuit, en toussant avec fracas, le malade a déplacé l'appareil, et deux incisives sont luxées. Céphalalgie, crachats sanieux; le gonflement sous-maxillaire a augmenté et le déplacement est considérable. Diète, infusion pectorale, cataplasmes et onctions mercurielles, potion opiacée.

Le 8. Ponctions au niveau de la glande sous-maxillaire et écoulement d'environ 40 grammes de pus louable. Même pansement, suppression de l'appareil.

Le 9. Fluctuation entre l'os hyoïde et le menton, évacuation d'environ 30 grammes de pus par une seconde ponction. Crachats sanieux et purulents, même déplacement : pansement simple.

Le 10. Physionomie bonne, l'œdème de la face a disparu, le phlegmon sous-maxillaire s'affaisse et ne fournit que peu de pus : on alimente le malade avec du lait, du bouillon et des panades.

Le 11. État général satisfaisant ; la suppuration est tarie, mais le déplacement reste le même; pansement simple, lait et panade, infusion pectorale, potion opiacée.

Le 12. Sommeil, pouls normal et appétit.

Devant l'impuissance des moyens contentifs employés après la luxation de deux dents conservées en place, et le peu de solidité des autres; après la complication d'un vaste abcès sous-maxillaire, j'étais bien décidé à temporiser jusqu'à une amélioration plus complète, me réservant d'agir assez à temps sur le cas provisoire pour obtenir l'affrontement des fragments.

Le 13. Pendant ce temps, le compte rendu d'une séance de la Société de chirurgie publiait un cas analogue de fracture de la mâchoire inférieure, que M. Morel Lavallée avait contenue et guérie, en employant de la gutta-percha : je me mets à l'œuvre et je suis assez heureux pour réussir au delà de mes espérances.

Je ne reviendrai pas sur le déplacement qui a lieu suivant la hauteur verticalement, et suivant l'épaisseur d'avant en arrière. La réduction est possible, elle s'exécute même très-facilement.

Le fragment gauche est immobilisé par l'interposition d'un morceau de liége entre les grosses molaires ; de ce côté, un bâtonnet, long de 30 centimètres,

épais de 5 centimètres, est introduit en écartant la commissure labiale droite, entre les grosses molaires; avec ce levier, dont le point d'appui est à l'extrémité qui porte sur les molaires supérieures, et la puissance à l'autre bout, dans la main de l'opérateur, on obtient de ce côté, par un simple mouvement d'abaissement de la main et de rotation en dedans, le rapprochement de la résistance, à savoir le fragment droit qui vient au-devant du fragment du côté gauche.

Un aide répète le mouvement et est chargé de la coaptation. J'applique alors sur l'arcade dentaire, au siége de la fracture, une bandelette de gutta-percha de forme parabolique, longue de 5 centimètres, épaisse de 12 millimètres, préalablement ramollie dans l'eau chaude; il m'est facile de la mouler sur les dents avec les doigts, tandis que les pouces font opposition sous le bord inférieur de la mâchoire. Des injections d'eau froide consolident suffisamment ce moule pour qu'il ne soit facile de le retirer sans déformation; six dents s'y trouvent nettement incrustées, dans un rapport parfait avec l'arcade alvéolaire.

Je taille et je façonne ce petit appareil avant de le remettre en place; alors je l'assujettis avec mon premier appareil métallique.

Rien de plus harmonieux : exactitude de la contention, solidité, liberté des fonctions, tout y est réuni; la figure a repris ses traits et sa physionomie normale, le malade mange du pain le même jour et des aliments féculents.

Le 14. Bon sommeil. Je m'assure que tout est en place; par précaution, j'applique en mentonnière une bande que je croise sur le front et dont les tours sont gommés avec soin. Mie de pain et légumes pour aliments.

Le 15. Le bandage est solidifié avec la gomme, l'appareil en gutta-percha est resté en place, le malade parle et mange librement.

Du 16 au 31. La physionomie du malade et son état général restent satisfaisants et il s'alimente facilement; deux ou trois fois seulement, il s'est plaint, pendant la nuit, de quelque douleur au siége de la fracture. L'empâtement sous-maxillaire diminue chaque jour; on a soin de resserrer un peu les écrous.

1er août. Levée de l'appareil : le moule en gutta-percha est intact, sans odeur ni déformation; les dents sont de niveau; pas de déplacement suivant l'épaisseur; légère saillie verticale sur le siége de la fracture, formée par le cal provisoire. Les dents luxées ont repris leur rapport et leur solidité. Par l'action opposée des doigts sur les fragments, on constate un peu de mobilité par suite de la mollesse du cal. L'appareil est nettoyé et replacé.

Le 10. Après une période de dix jours passés sans gêne ni souffrance, l'appareil est de nouveau enlevé : le cal a pris de la solidité, et la tumeur qu'il formait auparavant est aplatie, l'affrontement des fragments est parfait; on substitue à l'appareil une mentonnière gommée que le malade conserve par prudence jusqu'au 17 août, jour de sa sortie de l'hôpital.

Les réflexions, dit en terminant M. Corne, se pressent en foule en face de ce cas; énumérons les principales.

L'absence de lésions sur le siége de la fracture, la violente contusion qui a agi à l'angle gauche de la mâchoire inférieure, portent naturellement à croire que cette fracture a eu lieu par contre-coup, sans doute par excès de courbure imprimée à l'os.

L'état, simple au début, est bientôt suivi de complications redoutables : déplacement opiniâtre, abcès phlegmoneux sous-maxillaire

dans lequel baignent les fragments, gène de la déglutition et de la parole, tous accidents qui s'expliquent par l'indocilité du malade, par la direction verticale de la fracture, par les tiraillements opposés que des muscles vigoureux impriment aux fragments, enfin par une incessante mobilité de ceux-ci qui relèvent du besoin de respirer, de boire et de cracher.

Rien de surprenant de voir échouer la patience et les soins du chirurgien : aussi je me félicite, après avoir traversé de telles complications, à l'instant sans doute où d'autres se préparaient, d'en avoir triomphé, et je cède volontiers au désir d'exposer le procédé qui m'a réussi, afin d'éviter à quelque confrère les angoisses que j'ai subies.

Rien de plus simple que la réduction et la coaptation, en se servant d'un bâtonnet pour levier, tandis qu'on prend l'empreinte en gutta-percha ; le moule dentaire s'obtient sans effort, et avec une exactitude que mesure la coaptation.

La construction des plaques et de l'appareil métallique qui doit compléter le pansement, lui donner fixité et solidité, offre bien d'autres difficultés ; on peut en juger par les moyens qui sont restés dans les livres, appareils de Rudenich, de Busch, de Houzelot, etc., tous bien imparfaits et dont l'efficacité est bien conjecturale. Celui que j'ai employé réclame sans doute un ouvrier intelligent, mais il est aussi simple de conception que précis et commode dans son application. Après vingt-huit jours de son application, la solidité du cal permettait de le supprimer et l'harmonie des fragments ne laissait rien à désirer : les deux incisives luxées avaient repris leur place et leur solidité, englobées dans le cal. Aucun phénomène nerveux ne s'est manifesté, ni directement dans le filet dentaire du trijumeau, ni sympathiquement dans ses branches principales ; aussi, sensibilité générale de la face et spéciale des sens, tout est resté à l'état normal.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amaurose (*Observation d'*) *guérie par l'emploi de l'électricité d'induction.* L'électricité statique, l'électricité voltaïque, l'électricité d'induction ont fourni tour à tour des exemples de guérison de la paralysie de la rétine ; malgré les cas assez nombreux enregistrés dans les annales de la science, on n'a pas encore déterminé celle des sources d'électricité à laquelle on doit recourir de préférence, ni le meilleur procédé à mettre en œuvre. Il importe donc de recueillir les faits nouveaux qui se produisent, afin d'aider à ce travail de dogmatisme.

Une jeune fille de dix-sept ans, souffrant de fréquentes céphalées, fut atteinte d'amblyopie de l'œil droit,

avec conservation des mouvements de l'iris. L'existence d'une légère chlorose engagea son médecin, M. Lesueur, de Vimoutiers, à prescrire l'emploi des ferrugineux et des frictions autour de l'orbite, avec une pommade à la strychnine. Ces moyens suffirent à la guérison presque complète de la maladie. Six mois après, retour des accidents : même traitement, même résultat; mais l'année suivante, l'œil devint complétement amaurotique, l'iris conservant ses mouvements. Le traitement qui deux fois avait triomphé de l'affection ayant échoué, ainsi que divers autres, M. Lesueur tenta, en désespoir de cause, de l'électrisation à l'aide d'un appareil d'induction, de Legendre et Morin. « La jeune fille, assise sur un siége, on applique sur les paupières fermées de l'œil malade l'éponge du réophore, communiquant avec le bouton nº 1 de l'appareil. L'éponge du second réophore, communiquant avec le bouton nº 3, est promenée alternativement, pendant quatre minutes, sur le pourtour de l'orbite, sur la nuque et sur les parties latérales de la tête. Cette opération fut renouvelée chaque jour, en augmentant chaque fois la durée d'une minute. Lors de la cinquième séance, la malade aperçut, dit-elle, quelque chose de blanc. A partir de ce moment, chaque électrisation fut de dix minutes. A partir de la sixième séance, la malade put distinguer les traverses de la fenêtre. Enfin l'amélioration marcha progressivement, et elle était telle après la dix-huitième séance que la jeune fille pouvait lire des caractères d'imprimerie de 3 millimètres de hauteur. En présence de ce résultat, la malade renonça à poursuivre plus loin la cure, fatiguée de cette médication, qui ne laisse pas que d'être douloureuse. » (*Annales de Roulers*, nº 5, 1859.)

Amblyopie *presbytique guérie par l'excision du prépuce.* Tous les troubles de la vue ne reconnaissent pas pour cause des lésions de tissus; un bon nombre tiennent ou à des réactions sympathiques de certains organes, ou à des modifications survenues dans la constitution du sang. Le fait que publie M. Agnostaxis doit être classé dans cette dernière série, puisque l'amblyopie était observée chez un jeune homme adonné à l'onanisme. Le mot de « presbytique, » ajouté au titre de l'affection oculaire, caractérise suffisamment la nature de la maladie. Le prépuce étant fort long, l'auteur crut que cette prolongation des enveloppes du pénis pouvait, par irritation, être la cause première des mauvaises habitudes du malade. Il en fit l'excision. La plaie cicatrisée, il engagea le malade à se soustraire par un voyage, fait à pied, aux circonstances qui entretenaient son vice. Trois mois après, lors de son retour, le jeune homme était complétement débarrassé de sa vision défectueuse. (*Iatrikè ephemeris* et *Echo médical*, juillet 1859.)

Belladone et opium. *Nouveaux faits à l'appui de leur antagonisme réciproque.* Si nous avions à prouver une fois de plus combien les théories erronées nuisent à la vulgarisation des faits révélés par l'observation, nous en trouverions une preuve nouvelle dans la lenteur avec laquelle a pénétré dans la pratique le précieux enseignement qui découle de cette action antagoniste de l'opium et des solanées. Ainsi, depuis longues années déjà, ce fait est signalé dans le Traité de matière médicale de Giacomini, mais on ne lui accorde aucune créance. On lit en effet dans la traduction de Rognetta, à l'article *Belladone* : « L'expérience avait déjà appris aux anciens ce qu'une bonne philosophie pathologique nous démontre, savoir : que les effets toxiques de la belladone sont anéanties par les substances hypersthénisantes. Prosper Albin et Lobel avaient déjà remarqué que l'opium combiné à la belladone affaiblit l'action de cette dernière.... Dans l'empoisonnement par la belladone, les excitants et la thériaque étaient prescrits par Faber... Lippi compte plusieurs guérisons à l'aide du laudanum de Sydenham. » Plus loin, à propos de l'*Opium*, on trouve : « L'opium a été constamment utile dans les empoisonnements de nature hyposthénique, et cette observation est exacte. De ce nombre sont, par exemple, les empoisonnements par la belladone, par le stramonium, par la jusquiame. Les Italiens ont donné dans ces cas l'opium à haute dose, et ils ont vu la stupeur, le délire et les convulsions disparaître. » Malgré ces assertions, on n'avait prêté aucune attention à l'antagonisme de ces substances jusqu'à ce que M. Pazin fût venu mettre cette action hors de doute à l'aide de faits bien observés.

Les faits connus ayant surtout pour résultat de mettre en relief l'action de

l'opium comme antidote de la belladone, nous croyons devoir reproduire deux nouvelles observations publiées par M. Béhier à l'appui des bons effets de l'emploi de la belladone contre les effets exagérés de l'opium.

Obs. I. Un homme d'environ quarante ans s'était empoisonné volontairement avec du laudanum de Sydenham. Des vomissements spontanés avaient déjà eu lieu avant l'arrivée de M. Béhier ; une certaine quantité de la préparation avait été absorbée, car le malade restait dans un état de somnolence, et dès qu'on l'en tirait, les nausées et les vomissements reprenaient de la façon la plus gênante pour lui ; c'était, avec un sentiment de tournoiement, les symptômes dont il se plaignait le plus. M. Béhier, dans le but de calmer ces contractions vomitives incessantes, prescrivit des pilules de 1 centigramme d'extrait hydro-alcoolique de belladone. Dès la première pilule, les vomissements cessèrent et le malade accusait un mieux, et n'éprouvait plus le tournoiement qui, avec les nausées, l'avait tant incommodé. Une seconde pilule de belladone fut administrée. Le lendemain, les accidents avaient disparu.

Obs. II. Une dame, âgée de cinquante-quatre ans, en proie à un accès de coliques hépatiques, prend un demi-lavement préparé avec deux têtes de pavot. Le lavement est gardé, les douleurs disparaissent, pour faire place à tous les symptômes d'un empoisonnement par une substance narcotique. M. Béhier, guidé par le souvenir du fait précédent, prescrit trois pilules de 1 centigramme d'extrait de belladone à prendre de demi-heure en demi-heure si les vomissements durent, et qui devront être suspendues si le calme se rétablit. Une pilule suffit pour amener ce résultat ; deux heures après, les accidents étaient complétement dissipés.

Ces exemples nouveaux de l'action antagoniste des deux substances sont remarquables, surtout par les doses peu élevées de belladone qui ont été mises en œuvre pour triompher des symptômes provoqués par l'opium. (*Union méd.*, juillet.)

Lupus vorax. *Guérison par l'iodure de potassium.* Une erreur commise et la guérison rapide d'une affection d'ordinaire rebelle à la thérapeutique méritent au fait suivant une mention spéciale. Une femme de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, mais s'étant toujours bien portée, et n'ayant eu ni syphilis, ni croûtes à la tête, ni ganglions engorgés, vit se développer, vers le mois d'août dernier, près de l'aile du nez, un petit bouton à marche lente qui fut pris pour un furoncle. Au bout de deux mois on le perça : il n'en sortit qu'un peu de sang. Il y eut un soulagement momentané; mais quinze jours après le bouton récidiva, se montrant cette fois sur la lèvre supérieure. Les douleurs étaient beaucoup plus vives ; aussi s'empressa-t-on de l'ouvrir. Dès ce moment, la lèvre s'ulcéra et l'ulcération gagna vite en surface. On crut à un cancer. La malade entra à l'Hôtel-Dieu de Toulon, le 13 novembre, pour se faire opérer. — A peu près vers le milieu de la partie gauche de la lèvre supérieure on voyait alors une perte de substance de 12 millimètres en hauteur et de 2 à 3 centimètres environ horizontalement. La peau, amincie, était creusée en arrière en forme de godet. Cette ulcération, qui avait détruit en bas une partie de la muqueuse labiale, fournissait un pus fétide et ichoreux. Lorsqu'elle était essuyée, la surface apparaissait grisâtre, fongueuse, mais point saignante. La commissure gauche était saine, mais les tissus avoisinant l'ulcération étaient le siége d'un empâtement mou et d'une coloration rouge sombre. La muqueuse dentaire était intacte. Les ganglions n'étaient nulle part engorgés. La malade accusait des douleurs très-vives qui l'empêchaient de dormir et lui faisaient réclamer avec instance une opération, qu'on lui avait fait entrevoir comme le seul moyen de salut.

Tel ne fut pas l'avis du chef de service. M. Long, ni de M. Alb. Buech, alors chef interne, qui rapporte ce fait. Pendant quatre ou cinq jours encore l'ulcération resta stationnaire ; mais bientôt, grâce à des pansements méthodiques faits avec la poudre de charbon et de quinquina, et à l'iodure de potassium à doses croissantes, donné à l'intérieur, l'ulcère se détergea et les bords se rapprochèrent comme par enchantement. En quinze jours la perte de substance était réparée. L'iodure de potassium fut continué, et la malade en prit 3 grammes par jour. Enfin, le 31 décembre, c'est-à-dire au bout de six semaines environ, la guérison pouvait être considérée comme complète.

A défaut de caractères assez tranchés pour permettre d'affirmer d'avance à laquelle des deux affections probables, un cancer ou un lupus, on avait affaire, le succès du traitement ne laisse

plus de doute : ce n'est point à un cancer que l'on avait affaire, mais à un lupus. Si l'on voulait pousser plus loin la déduction à tirer de ce succès thérapeutique, on pourrait, en vertu de l'adage : *naturam morborum ostendit curatio*, se demander si, malgré l'absence constatée d'antécédents syphilitiques chez cette femme, ce ne serait pas en définitive à la diathèse syphilitique qu'il faudrait rattacher l'origine de ce lupus, qui n'en serait qu'une transformation héréditaire. Quoi qu'il en soit, c'est là un bel exemple de guérison d'une affection grave et rebelle. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1859.)

Ophthalmies internes, *signes de la congestion choroïdienne.* Les études ophthalmoscopiques, en nous révélant la fréquence des affections du la choroïdite, au début de certaines maladies oculaires graves, sont venues appeler l'attention sur la valeur pathogénique de l'inflammation de cette membrane. Nous en avons déjà donné un exemple frappant, en analysant le mémoire de M. de Graëfe sur le glaucôme; M. Bertrand-Dubarry nous en fournit une nouvelle preuve par son mémoire sur la cataracte publié plus haut (voir p. 14). Nous croyons être utile à nos lecteurs, en plaçant sous leurs yeux les signes de la congestion de la choroïde. Suivant M. le docteur Guépin, de Nantes, ces signes sont : 1° la couleur bleue des sclérotiques qui, si elle n'est point un signe constant, est toujours l'indice d'une prédisposition ; 2° le développement considérable et anomal des vaisseaux profonds de l'œil, signe plus grave et déjà plus constant; 3° la sensibilité de l'œil au froid et au vent, qui se trouve d'ailleurs dans toutes les affections aiguës ou sub-aiguës de la choroïde ; 4° une légère presbytie de près, avec une très-légère myopie de loin ; 5° l'exaltation ou l'exagération des phosphènes qui, plus tard, sont réduits et altérés ; 6° l'obscurcissement du champ ophthalmoscopique, assombri par l'hypersécrétion pigmentaire ; 7° la sensibilité de l'œil à la lumière ; 8° les taches colorées d'une certaine étendue ; 9° les douleurs de tête. (*Ann. d'oculistique*, mars et avril 1859.)

Ophthalmoscope. *Contre-indications de son emploi.* Tout en admirant avec raison la belle découverte de Helmholtz et son utilité pour le diagnostic des affections oculaires internes, M. Wehle rappelle que souvent, dans la choroïdite, la capsulite et l'iritis, il a vu se produire une augmentation *momentanée* de l'irritation inflammatoire; mais c'est surtout dans les paralysies commençantes du nerf optique et de la rétine qu'il a constaté les inconvénients les plus graves, parce que, dans ces cas, le processus inflammatoire est permanent. Le médecin allemand cite trois observations à l'appui de ce fait. Nous croyons en effet que, à part les formes torpides, les amauroses peuvent être aggravées par la projection dans l'œil de l'éclatante lumière renvoyée par le miroir, absolument comme on a vu des éclairs et des causes analogues produire des amblyopies. M. Cornaz cite le cas d'un oculiste bien connu par ses recherches avec l'ophthalmoscope, qui, ayant voulu faire l'examen d'un malade dans une autre clinique, malgré les avertissements de son collègue, occasionna en un instant une cécité complète du malade. Nous avons été témoin de deux faits semblables dans nos cliniques de Paris, mais à la suite d'examens répétés et prolongés par les élèves. Il y a donc, dans l'emploi de ce précieux instrument, des contre-indications qu'il ne faut pas oublier. (*Echo médical suisse*, juillet 1859.)

Opium. *Son emploi dans la rétention d'urine et dans les spasmes en général.* On sait avec quelle hardiesse et avec quelle habileté aussi les médecins anglais manient l'opium. En France on a su les imiter, quelquefois avec bonheur; ainsi on a appris d'eux à administrer l'opium à hautes doses dans les péritonites traumatiques, par exemple; mais il est une foule d'autres cas moins graves où, pour être moins éclatants peut-être, les services rendus par l'opium n'en sont pas moins dignes d'être pris en considération ; tel est le cas, par exemple, de certaines rétentions d'urine. Depuis un certain nombre d'années les Anglais ont communément recours à la médication opiacée pour combattre cet accident. Leurs journaux rapportent fréquemment des observations en faveur de cette pratique. Le *Lancet* du 30 avril, notamment, rapporte que dans un cas de ce genre, devant l'impossibilité absolue de passer le cathéter, de fortes doses de morphine, associée au carbonate de soude, furent administrées de demi-heure en demi-heure. Le malade prit ainsi 7 grains (35 centigrammes) de morphine et 7 gros (28 grammes) de sel alcalin; le succès couronna cette pra-

tique, la vessie se vida spontanément en deux fois, avant la fin des vingt-quatre heures. Le journal ajoute que le malade était affecté d'un rétrécissement.

Il est évident que ce n'est pas en modifiant le rétrécissement en lui-même qu'agit l'opium dans ce cas, mais en combattant le spasme qui en est une complication fréquente. Il est probable, en effet, bien qu'on ne s'en explique pas dans ces journaux, que l'objet que se proposent les médecins anglais par cette médication est, en émoussant la sensibilité locale et générale, de se rendre maître de l'élément spasm[illegible]ue urétral qui, s'ajoutant occa[illegible]ent au rétrécissement, vi[illegible] changer tout d'un coup en [illegible]é complète la simple diffic[illegible]miction causée d'abord par la [illegible]icture du canal. Du reste, nous avons vu quelquefois obtenir de très-bons effets d'une méthode qui ne diffère de celle-ci que par le choix du lieu d'introduction. Les narcotiques administrés par la voix rectale, sous forme de suppositoire, nous ont paru produire quelquefois, dans ce cas, de très-bons effets. Quoi qu'il en soit, il importe de ne pas perdre ces faits de vue dans la pratique.

C'est d'après des vues analogues qu'a été institué un mode de traitement de la coqueluche, dont l'idée et le plan sont dus à M. Edward Smith (d'Édimbourg). Il consiste à administrer l'opium à petites doses, mais renouvelées fréquemment et rapprochées jusqu'à production d'un léger état de narcotisme ou d'engourdissement général, condition essentielle de l'apaisement nerveux qu'on se propose d'obtenir. (*Gaz. méd. de Paris*, juin 1859.)

Oxyures vermiculaires. *De quelques-uns de leurs symptômes et de leur traitement.* Rien n'est variable et souvent bizarre comme les symptômes auxquels donne lieu la présence des oxyures vermiculaires dans le rectum; rien, par conséquent, n'est plus difficile, à part la vue de ces helminthes, que le diagnostic de l'affection qu'ils produisent. Nous avons rapporté, dans le temps, quelques exemples d'affections épileptiformes qui n'avaient d'autre cause que la présence des oxyures. Nous trouvons dans le cahier de mai du Journal de médecine et de chirurgie pratiques, un exemple très-remarquable de catalepsie due à la même cause, et M. le docteur Hervieux, dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, a communiqué à ses collègues l'histoire très-curieuse d'un individu qui, pendant plus de six mois, a été en proie à des douleurs atroces du sphincter anal, épuisé par une sécrétion catarrho-intestinale d'une abondance extrême, dépérissant à vue d'œil et qui avait fini par tomber dans un état cachectique des plus alarmants. Ce malade, après avoir consulté un grand nombre de médecins qui avaient presque tous porté un pronostic grave en vue d'une lésion organique et prescrit des moyens très-divers et plus ou moins actifs, était à bout de ressources, lorsqu'une circonstance imprévue révéla à M. Hervieux la véritable cause de tous ces désordres, à savoir la présence dans le rectum d'une innombrable quantité d'oxyures. C'est un purgatif d'huile de ricin, donné en vue d'une autre indication, qui provoqua cette expulsion d'oxyures et qui, du même coup, amena ainsi la guérison du malade, en mettant en évidence la cause de la maladie.

Cette communication a été l'occasion d'une discussion dans laquelle on a passé en revue les divers moyens de traitement en usage contre cette affection vermineuse. Il en résulte que s'il y a beaucoup de moyens qui réussissent très-habituellement à faire périr les oxyures ou à provoquer leur expulsion, il en est très-peu qui soient capables de prévenir la reproduction de ces helminthes, c'est-à-dire d'amener une guérison complète et radicale. Il y a, en effet, ainsi que l'a fait très-judicieusement remarquer M. Hervieux à ce sujet, une distinction importante à faire entre les sujets qui n'ont qu'accidentellement des oxyures et ceux qui en sont affectés constitutionnellement ou par voie d'hérédité. C'est chez les premiers que l'on voit réussir la plupart des moyens qui ont été successivement préconisés, tels que les lavements froids, les lavements savonneux, l'onguent mercuriel en suppositoire et le calomel, la santonine, l'éther, etc. Les purgatifs seuls, et en particulier l'huile de ricin, réussissent très-bien aussi en pareils cas. Mais il n'en est pas de même chez les autres; on peut bien obtenir un amendement, une atténuation et quelquefois même une cessation complète des accidents, mais cet effet n'est que momentané, les accidents finissent toujours par se reproduire, en dépit de tous les efforts de la thérapeutique.

M. Blache a vu, dans sa longue et vaste pratique, un grand nombre de ces cas complétement rebelles à tout traitement et irrévocablement incurables.

Nous croyons, néanmoins, devoir rappeler à l'attention de nos lecteurs un traitement très-ancien, mais trop peu connu, à en juger par les effets qu'il paraît avoir produits entre les mains de quelques praticiens. Voici en quoi consiste ce traitement, institué par le professeur Dumas, de Montpellier, il y a une cinquantaine d'années. On introduit dans toute la longueur du rectum des mèches enduites de pommade mercurielle qui y séjournent quatre heures. Dès qu'elles sont retirées, on injecte dans l'intestin un verre de décoction de cascarille. La canule dont on se sert à cet effet est de même longueur que le rectum, sans ouverture terminale, mais percée de trous sur toutes ses parties latérales, en sorte que le liquide qui s'en échappe comme d'un arrosoir entraîne l'onguent adhérent à la muqueuse et les petits vers qui s'y trouvent incrustés. Cette manœuvre est répétée trois fois par jour, et se fait environ pendant un mois. Au bout de ce temps, les ascarides sont ordinairement détruits; mais Dumas ne voulait pas qu'on s'en tînt là. Dans le but de s'opposer à la réapparition des oxyures, il se proposait de modifier la vitalité de la muqueuse intestinale à l'aide d'injections toniques. M. le docteur Farradesche-Chambasse, d'Allanche (Cantal), qui a été plusieurs fois témoin des succès obtenus par le professeur Dumas, à l'aide de cette méthode, l'a mise lui-même en pratique plusieurs fois depuis cette époque, et il assure n'avoir jamais vu la maladie résister à cet ensemble de moyens. C'est un traitement à essayer dans les cas rebelles, où tous les autres moyens connus ont échoué. (*Union méd.* et *Journ. de méd. et de chirur. pratiques*, juin 1859.)

Phthisie pulmonaire. *Valeur de son traitement prophylactique par l'emploi du carbonate de plomb*. Rien ne serait plus exceptionnel, d'après M. Beau, que la phthisie chez les ouvriers qui manient le plomb. Témoin en outre de quelques faits dans lesquels la marche de cette redoutable maladie semblait avoir été enrayée par la coexistence d'accidents saturnins, M. Beau a conçu l'idée de combattre la diathèse tuberculeuse par l'empoisonnement saturnin; empoisonnement, hâtons-nous de le dire, que ce médecin sait diriger, maîtriser et arrêter à son gré, de même qu'on dirige et qu'on arrête l'action toxique du mercure, de l'arsenic et autres poisons depuis longtemps en usage dans la thérapeutique.

M. Beau fait administrer des pilules contenant 10 centigrammes de céruse, et par une augmentation rapide, mais progressive, il est arrivé à en donner huit par jour. Il en suspend l'usage ou en diminue la dose, aussitôt qu'il se manifeste de l'arthralgie, ou lorsque le malade lui paraît suffisamment imprégné, c'est-à-dire à l'apparition simultanée du liséré, de l'analgésie et du teint ictéroïde qu[illegible]ctérisent le premier degré d[illegible]onnement saturnin. Le méd[illegible] Charité rapporte cinq cas d[illegible] desquels certains symptôme[illegible]amment la toux et l'expectoration, semblent s'être favorablement modifiés sous l'influence de la céruse. M. Beau n'annonce pas d'ailleurs de guérison complète, et il ajoute que, comme auxiliaire à cette médication, il faut chercher à alimenter le malade le mieux possible, lui donner du vin, des toniques, et observer à son égard toutes les règles d'une hygiène rationnelle. Ce dernier précepte nous sourit mieux que la prescription de la céruse, qui aurait besoin pour nous de preuves de son utilité plus nombreuses et plus convaincantes que celles qu'a jusqu'ici données M. Beau, pour que nous nous décidassions à l'employer.

A l'appui de notre réserve nous pouvons citer ce qu'on observe chez les ouvrières qui travaillent la dentelle. Ainsi, un médecin distingué de Bruxelles, M. Dieudonné, affirme avoir vu succomber à la diathèse tuberculeuse un bon nombre de dentellières ayant offert plusieurs fois des symptômes de l'intoxication saturnine; aussi n'hésite-t-il pas à considérer les espérances de M. Beau comme le résultat d'une illusion d'un esprit ingénieux. (*Un. méd.* et *Journ. de Bruxelles.*, juillet.)

Utérus (*Allongement hypertrophique du col de l'*); *cause de dystocie; incisions multiples*. Voici un exemple d'hypertrophie du col de l'utérus qui n'emprunte pas seulement son intérêt à l'actualité, mais qui est remarquable surtout sous le rapport des accidents graves qu'a déterminés pendant la grossesse cet état anomal du col utérin.

Il s'agit d'une jeune femme de

vingt-quatre ans, primipare, très-bien constituée, enceinte de sept mois, dont la grossesse n'avait rien offert de particulier jusqu'à six mois, et qui, à cette époque, ressentit des tiraillements dans les lombes et dans les aines, et éprouva dans le petit bassin un poids incommode. Obligée bientôt de s'aliter, elle fit appeler le docteur Roché (de Pont-sur-Yonne), qui constata ce qui suit : l'utérus, un peu moins élevé qu'il ne l'est à sept mois de gestation, est douloureux au toucher ; il paraît abaissé et plongé dans le bassin. La femme se plaint de la présence d'un corps qui fait saillie au dehors de la vulve, et [illegible]nd à s'échapper de plus en p[illegible] à des grandes lèvres, ap[illegible]orps cylindrique, ayant à s[illegible]tó une fente transversale et [illegible]vres, reconnaissable pour le museau de tanche. Ce corps desséché, d'un rouge violacé, représentant assez bien le col d'une petite cornue, ayant 7 centimètres de long, se continue avec le segment inférieur de l'utérus, à travers lequel on sent la tête du fœtus. Après avoir donné une position convenable à la femme, en abaissant la tête et en soulevant le bassin, M. Roché relève avec peine l'utérus avec la main introduite dans le vagin ; il applique un pessaire circulaire, qui, ne pouvant rester en place, est remplacé par un autre à tige maintenu par un bandage de corps. Le pouls n'est pas fébrile et l'état général est satisfaisant. — Dans la nuit, le travail de l'accouchement se déclare ; le pessaire fortement repoussé par le col est enlevé, et aussitôt le col, dont l'orifice est plus entr'ouvert, apparaît au dehors de la vulve. A chaque contraction, le col s'avance davantage au dehors. Le doigt introduit dans la cavité du col s'y loge comme dans un doigt de gant, et sent à l'extrémité l'orifice interne non dilatable ; il permet toutefois de reconnaître une deuxième position du sommet. Cependant, le travail de dilatation n'avançant pas, malgré l'administration du seigle ergoté conseillée par un consultant, et les contractions expultrices les plus énergiques, M. Roché, craignant alors ou une rupture de l'utérus ou la sortie complète de ce viscère, se décide à faire des incisions multiples sur toute l'épaisseur du col. Pendant l'intervalle d'une contraction, il introduit un doigt entre le cuir chevelu de l'enfant et l'orifice interne, et avec un bistouri boutonné porté à plat sur la pulpe de ce doigt, il incise avec la plus grande facilité toute l'épaisseur du col. Deux incisions de ce genre n'ayant pas suffi, il en pratique une troisième. A peine celle-ci est-elle achevée, que la tête franchit l'orifice. L'hémorrhagie fut presque nulle, et comme l'opérateur agissait à ciel ouvert, l'opération ne causa aucune douleur et fut des plus faciles. L'enfant était mort. L'utérus, après l'accouchement, rentra de lui-même, et au bout d'un quart d'heure la délivrance fut opérée. Les suites de couches furent des plus heureuses. Dans les efforts que fit l'accouchée pour aller à la selle au bout de six jours, le col, portant les traces des trois incisions qui avaient été faites, sortit au dehors de la vulve ; il avait alors 6 centimètres. La réduction en fut facile. Pour le maintenir, M. Roché tamponna le vagin et appliqua, vingt-cinq jours après, un pessaire à air. La femme reprit ses travaux au bout de cinq semaines. (*Gazette des Hôpitaux*, juin 1859.)

VARIÉTÉS.

Etude sur la variole, la vaccine et les revaccinations, d'après une enquête sur l'épidémie qui a régné à Genève et dans le bassin du Léman en 1858 et 1859, comparée aux meilleurs documents modernes sur la variole.

Le savant statisticien M. Marc d'Espine vient de lire à la Société de médecine de Genève un intéressant travail qu'il résume de la manière suivante :

L'épidémie de variole qui règne depuis mars 1858 dans le canton de Genève y est venue d'Yverdon, Orbe et diverses localités du Jura, où elle régnait déjà en automne 1857.

Morges, la ville du bord du lac la plus voisine de la contrée d'origine, a offert son maximum dès le mois de mars 1858 ; de là la maladie s'est irradiée soit

vers Genève, soit vers l'extrémité orientale du lac, Lausanne, Vevey et la vallée du Rhône supérieur.

En mars 1859, un an après son début, l'épidémie, quoique très-diminuée, n'était pas encore éteinte dans le canton de Genève.

Genève a plus souffert que le reste du canton, et le territoire de la rive gauche plus que celui de la rive droite du Rhône.

L'épidémie a débuté en même temps à Genève et dans la petite ville de la rive gauche, Carouge; le reste du canton a été pris postérieurement : le maximum d'intensité épidémique a eu lieu d'octobre 1858 à janvier 1859.

De nombreux faits (au moins le quart de ceux qui ont été recueillis, sans compter ceux où l'on a omis de traiter la question) établissent la propagation contagieuse de la variole. La marche de cette maladie dans la petite ville de Carouge est très-intéressante à suivre au point de vue de la contagion.

L'épidémie du canton de Genève de 1858-1859 a été de beaucoup la plus forte de toutes celles qui ont visité cette contrée depuis l'introduction de la vaccine. Elle a atteint jusqu'ici 21 individus pour 1,000 habitants, et causé 2,3 décès, dont la moitié par cause hémorrhagique sur le même nom[illegible]00 habitants Il est probable que, parmi les contrées qui viennen[illegible]sitées en Europe par la variole, il en est peu qui aient payé à cet[illegible]un aussi large tribut que le canton de Genève.

La mortalité de l'épidémie de ce canton a été de 10,8 pour [illegible]s cas, soit 45 pour 100 chez les non vaccinés, et de 9,5 pour 100 chez les vaccinés.

Cette proportion est considérable, si l'on remarque que, d'après l'enquête européenne faite par la Société épidémologique de Londres, la mortalité de la variole a oscillé entre les limites de 0 à 12 pour 100 chez les vaccinés, et de 15 à 53 pour 100 chez les non vaccinés.

Cette mortalité considérable s'explique par le grand nombre de cas hémorrhagiques qui ont été observés dans le canton de Genève.

Il existe un accord unanime entre les documents génevois et étrangers pour confirmer la loi de la prédisposition du sexe masculin à contracter la variole, loi que j'avais établie d'après les décès dans un *Statistique mortuaire comparée* (p. 243). Le rapport pour les cas est de 10 hommes pour 4 à 7 femmes.

L'âge d'élection pour la variole naturelle est le bas âge et l'enfance. Dans les pays où la vaccine n'est pas pratiquée, la variole atteint peu d'adultes.

Mais à mesure qu'une population est plus généralement et plus anciennement soumise à la pratique de la vaccine, à mesure la variole atteint une plus grande proportion de vaccinés d'ancienne date, et épargne les enfants qui sont protégés par leur récente vaccine.

Dans les pays où l'on vaccine depuis longtemps à peu près tous les nouveau-nés, c'est vers vingt à vingt-cinq ans que la variole atteint le plus d'individus, et les enfants y sont bien rarement atteints avant dix ans.

Les revaccinations faites en temps opportun augmentent considérablement les chances de préservation, et atténuent évidemment la maladie chez ceux qu'elle n'en a pas mis à l'abri.

Les revaccinations ne commencent à donner une assez notable proportion de réussites, quant aux boutons, qu'après l'âge de dix ans, sans doute à cause de la suffisante préservation de la vaccine de l'enfance jusqu'à dix ans au moins; c'est entre dix et quinze ans, que la première revaccination doit être pratiquée.

Une seconde revaccination pourrait être pratiquée vers l'âge de trente ans, quoiqu'elle importe moins que la première, car, d'après les faits contemporains, la chance de contracter la variole diminuerait beaucoup au delà de l'âge de trente ans. Cependant, ainsi que la pratique généralisée de la vaccine a transposé l'âge du maximum de fréquence depuis l'enfance jusque vers quinze, vingt et même vingt cinq ans ainsi la pratique généralisée des revaccinations à treize ou quinze ans pourrait reculer ce maximum au delà de trente ans; et l'on peut ainsi prévoir qu'avec le progrès des premières revaccinations vers quinze ans, une seconde revaccination à trente ans, et même une troisième à quarante ans, devinssent tout à fait nécessaires.

La vaccine ou la revaccination, pratiquée même au plus fort de l'épidémie, lorsqu'elle se complique de l'invasion immédiate de la variole, n'en modifie en aucune façon la marche, pas plus qu'elle n'en est modifiée. On peut donc vacciner et revacciner sans inconvénient en temps d'épidémie.

Il paraîtrait qu'une première variole préserve un peu plus sûrement de la va-

riole qu'une première vaccine, mais que, si la variole survient, celle qui est secondaire est plus mortelle que la varioloïde du vacciné.

Le *cow-pox* paraît un peu mieux réussir comme prophylactique et comme comme production de bons boutons, que l'ancienne chaîne de Jenner; mais la vaccine, passée de l'homme à la vache et de celle-ci à l'homme, ne tire aucun avantage de ce passage.

La variole épidémique frappe de préférence la portion saine et bien portante d'une population. Elle succède rarement à une maladie aiguë, et ne complique pas volontiers une diathèse chronique. La grossesse et l'alcoolisme sont deux situations dans lesquelles on voit plutôt la variole survenir, que chez les malades proprement dits. Mais le pronostic est beaucoup plus favorable chez les variolés pris en état de santé, ou au milieu d'une grossesse normale, que chez ceux qui sont dans des conditions anomales. La mortalité de la variole est surtout forte chez ceux qui font abus des spiritueux.

L'épidémie de Genève et d'autres localités du bassin du Léman ont assez également offert, sur 100 cas, 60 à 70 cas discrets ou légers, pour 30 à 40 cas plus ou moins graves et confluents. Les prodromes intenses n'ont pas toujours été suivis d'une forme grave de la variole, tandis que des prodromes légers ont toujours annoncé une forme légère et bénigne de la maladie. La fièvre de suppuration s'est montrée chez la plupart des non vaccinés, et chez le 5 pour 100 des vaccinés.

Une éruption eczémateuse ou érythémateuse siégeant partiellement aux aines, aux aisselles, ou sur quelque autre point de la périphérie cutanée, a précédé, dans quelques cas, l'éruption variolique, mais sans aggraver la maladie.

Quelques cas d'éruption variolique assez confluente et uniquement limitée à la face ont été signalés. — Les cas de variole *sine variolis*, peu nombreux dans l'épidémie de Genève, l'ont été davantage ailleurs; ainsi à Aigle et à Yvorne, tous les cas qui ont terminé l'épidémie ont offert les prodromes de la variole sans l'éruption.

La forme hémorrhagique de la variole s'est montrée sur tous les points du bassin du lac que la variole a atteints; mais la fréquence des cas hémorrhagiques a varié selon les localités.

C'est dans le canton de Genève qu'elle a été le plus fréquente; elle y a constitué le 7 pour 100 des cas de variole, tandis qu'à Aigle et Yvorne, où l'épidémie a frappé dix fois plus d'habitants qu'à Genève, il y a eu à peine 7 varioles hémorrhagiques pour 1,000 cas.

On a compté, dans l'épidémie de Genève, 1 cas de guérison sur 5 varioles hémorrhagiques, et encore les guérisons étaient relatives à des cas où l'hémorrhagie s'est réduite à quelques épistaxis ou à la métrorrhagie : un très-petit nombre d'hémorrhagies cutanées comptent parmi les guérisons.

La forme hémorrhagique s'est montrée deux fois plus fréquente chez les non vaccinés que chez les vaccinés; mais, en éliminant les cas très-légers qui appartiennent exclusivement aux vaccinés, et en comparant seulement, des deux parts, les cas sérieux, on trouve plus de cas hémorrhagiques chez les vaccinés; et si l'on compare les décès, on trouve 23 pour 100 des décès des non vaccinés offrant la forme hémorrhagique, et 65 pour 100 chez les vaccinés. Ainsi, tandis que la forme hémorrhagique n'est qu'une des causes diverses de mort chez les non vaccinés, elle est la principale, presque l'unique cause de mort des vaccinés.

On a remarqué que les hémorrhagies ont compliqué d'une façon inaccoutumée les diverses maladies régnantes pendant l'automne, où les varioles hémorrhagiques ont atteint leur maximum de fréquence dans l'épidémie de Genève.

C'est principalement entre vingt et quarante ans que la forme hémorrhagique s'est montrée fréquente chez les vaccinés. La mort est survenue le plus habituellement vers le sixième jour (troisième jour de l'éruption) dans la variole hémorrhagique.

La durée moyenne de la variole a été à Genève de quatorze jours chez ceux qui ont guéri, et de onze jours et demi chez ceux qui ont succombé.

La durée moyenne des prodromes a été de trois à quatre jours; celle de l'éruption jusqu'à la dessiccation ou jusqu'à la suppuration a varié entre trois et sept jours. — Dans quelques cas, on a signalé un développement successif de l'éruption, en sorte que certaines papules sortaient cinq ou six jours après les premières, et alors avortaient sans poursuivre leur développement.

La Société de chirurgie a tenu sa séance solennelle, aujourd'hui mercredi

13 juillet, au palais de l'Abbaye, dans le local habituel de ses séances. Le président sortant, M. Deguise, a ouvert la séance par la proclamation des lauréats. Le prix Duval est décerné à M. le docteur Millart, et des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Binet et Voisin. M. Deguise a proclamé les noms des membres correspondants et associés nouvellement élus. — Voici ces noms : *associés étrangers*, MM. Scanzoni, Stromeyer et Syme ; *correspondants étrangers*, MM. Blazius, Boeck, Ciniselli, Fabbri, Frielberg, Jones, Larghi, Ried, Regnoli, Soupart, Thompson et Vauzetti ; *correspondants nationaux*, MM. Stœber, Michel (de Strasbourg), Benoît (Montpellier), Serres (d'Alais), Denucé, Chaumet (de Bordeaux), Valette (de Lyon), Scrive.

M. Broca a prononcé l'éloge d'Am. Bonnet (de Lyon) et M. A. Guérin celui de Vidal (de Cassis), puis M. Verneuil a terminé la séance en lisant une notice historique sur les *petits prophètes de la chirurgie*. M. Verneuil désigne sous ce nom les chirurgiens qui, sans avoir marqué leur passage par une longue série de travaux, ont laissé dans la science une idée féconde ou une méthode utile. Nous reviendrons sur ces discours qui ont excité un vif intérêt.

Il est d'usage, chaque année, au sortir de la séance annuelle, que la Société célèbre dans un banquet l'anniversaire de sa fondation. Elle ne s'est départie de cet usage qu'une seule fois, il y a deux ans, et le montant de la souscription du banquet fut versé dans la caisse des inondés de la Loire. Elle vient de décider que le banquet n'aura pas lieu cette année, et que le montant de la souscription sera versé dans la caisse des blessés de l'armée d'Italie.

La Société ne pouvait inaugurer plus dignement la dix-huitième année de son existence.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 12 juillet, a élu M. Tardieu membre de la section d'hygiène et de médecine légale.

M. le docteur Delore, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Lyon, à la suite d'un brillant concours, vient d'être nommé chirurgien-major de l'hospice de la Charité de cette ville.

M. Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Bordeaux, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Putégnat, de Lunéville, correspondant de l'Académie, avait posé à la Compagnie la question suivante : « Un praticien a-t-il le droit, malgré l'article 378 du Code pénal, de faire connaître une forme non encore décrite d'une maladie, et une cause non encore connue d'une autre affection qu'il a consciencieusement étudiée dans certains ateliers d'une manufacture ? »

M. Devergie, chargé de faire un rapport sur cette demande, a donné lecture de son travail. « L'article 378 du Code pénal, a-t-il dit, est ainsi conçu : « Les « médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et « les sages-femmes, et toutes autres personnes, dépositaires par état ou profes- « sion des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se « porter dénonciateurs, auraient révélé ces secrets, seront punis, etc. » Mais le médecin qui est appelé à donner des soins dans une manufacture où il reconnaît une maladie non encore décrite, qui amène la mort ou compromet l'existence des ouvriers, et qui constate une cause non encore connue de maladie, n'est pas dépositaire d'un secret qui lui a été confié, et ne rentre pas dans la catégorie des médecins spécifiés dans l'article 378 du Code pénal. S'il en était autrement, ce serait fermer une porte à la science et à l'étude de l'hygiène publique et privée ; ce serait enlever à une catégorie d'ouvriers les bénéfices d'une découverte qui peut les mettre à l'abri de maladies contractées dans l'exercice de leur état. »

M. Devergie a proposé dès lors à l'Académie de répondre à M. Putégnat que non-seulement il peut communiquer à l'Académie, ou publier dans un journal scientifique, le résultat de ses observations, mais encore que c'est pour lui un devoir de le faire, dans l'intérêt de la science et de l'humanité. Cette proposition a été adoptée, et, en conséquence de ce vote, M. Putégnat s'est empressé d'adresser à la Compagnie un mémoire ayant pour titre : *Des maladies des tailleurs de cristal et de verre ; recherches sur les causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi ces ouvriers*. Ce travail sera examiné par une Commission composée de MM. Patissier, Londe et Devergie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Méthode endermique : injections médicamenteuses sous-cutanées.

Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon.

La méthode endermique qui consiste, on le sait, à confier l'absorption des substances médicamenteuses au derme dénudé, ou au tissu cellulaire, quoique formulée déjà depuis plus de trente années, n'a pas encore conquis dans la thérapeutique la place à laquelle elle a droit. Ce résultat est dû surtout à l'absence d'un procédé facile et expéditif, car les données sur lesquelles repose la méthode sont complètes depuis longtemps.

Le procédé de M. Lembert, le créateur de l'endermie, laisse à désirer. L'application préalable d'un vésicatoire est une pratique qui, sans être fort douloureuse, répugne à beaucoup de malades. Ensuite, la plaie de l'exutoire ne tarde pas à se couvrir d'une couche plastique qui s'oppose à l'absorption du médicament ; il faut donc le renouveler plusieurs fois pour peu que l'affection résiste aux premières impressions de l'agent mis en œuvre. M. Trousseau, en créant un procédé plus expéditif pour dénuder le derme, la vésication ammoniacale, a contribué à prolonger l'expérimentation ; mais le savant expérimentateur n'a pas comblé le *desideratum*.

Un de nos collaborateurs, M. le docteur Lafargue (de Saint-Émilion), a approché plus près du but en dotant la pratique du procédé d'inoculation. Le mode opératoire est des plus simples et des plus inoffensifs, puisqu'il consiste à introduire les substances alcaloïdes sous l'épiderme à l'aide d'une lancette à vaccine. L'excellent mémoire que nous avons publié (t. XXXIII, p. 19, 182 et 349) ne laisse aucun doute sur les services que peut rendre l'hypodermie.

Enfin, en 1853, un médecin anglais, M. Wood, témoin des bons effets des injections du perchlorure dans un cas de nævus et se rappelant, si notre mémoire ne nous fait pas défaut, les travaux publiés par M. Lafargue, eut l'idée de se servir de la seringue pour porter des solutions médicamenteuses sur les nerfs atteints de névralgie. Depuis, plusieurs de ses compatriotes l'ont suivi dans cette voie. Les faits rapportés dans les journaux anglais ont paru assez remarquables à M. Béhier pour engager ce médecin à étudier, à son tour, la question et la sauver d'un prochain oubli.

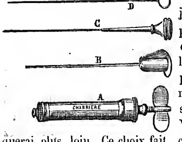
Les tentatives des expérimentateurs anglais n'eussent pas suffi

pour faire entrer les injections médicamenteuses dans la pratique courante, car ils recommandent, pour ces traitements, l'emploi de la seringue de Fergusson. Cet instrument se compose d'un corps de pompe en verre, non gradué, que l'on visse sur une aiguille creuse en acier, dont l'extrémité est taillée en bec de flûte et tranchante afin de pénétrer facilement dans le tissu cellulaire sous-cutané. La pointe de la canule s'émousse vite, puis, le jeu du corps de pompe ne permettant pas de se rendre un compte très-exact de la quantité du liquide injecté, les expérimentateurs se sont servis seulement de teintures opiacées. Le modèle de seringue Pravaz, construit par M. Charrière, permettant de projeter au sein des tissus des quantités de liquide aussi faibles que l'on veut, M. Béhier a pu expérimenter les solutions des divers alcaloïdes, préparations beaucoup plus actives, on le comprend.

Le mémoire du sagace médecin de l'hôpital Beaujon devant être prochainement l'objet d'un rapport de M. Trousseau, nous aurons l'occasion de revenir sur les ressources offertes par cette méthode. Nous rappelons, dès aujourd'hui, que les indications spéciales de l'endermie ont été très-nettement formulées par le créateur de la méthode et confirmées par M. Lafargue. Rapidité d'action des substances médicamenteuses confiées à l'absorption du derme dénudé ; leurs effets locaux, en même temps que leurs effets généraux, etc., les faits que M. Béhier signale présentent les mêmes résultats.

Nous reproduisons ici la partie du mémoire dans laquelle M. Béhier rend compte des résultats de son expérimentation.

J'arrive maintenant, dit M. Béhier, à l'exposé des résultats que j'ai obtenus et aux divers points sur lesquels je désire appeler l'attention.



Je me suis servi, pour les injections que j'ai pratiquées, non pas de la seringue de Fergusson employée par M. Wood, mais de la seringue inventée par Pravaz pour les injections de perchlorure de fer. Cette dernière offre, sur celle qu'avait adoptée M. Wood, des avantages que j'indiquerai plus loin. Ce choix fait, comme il s'agissait de médicaments énergiques et d'un moyen peu connu, j'ai cherché à me renseigner sur la façon dont fonctionne ce petit instrument.

Voici ce qu'une étude attentive nous a démontré, à moi ainsi

qu'à MM. Mialhe et Grassi, qui ont bien voulu m'aider de leurs conseils et de leurs recherches dans cette partie de mon travail.

La petite seringue est accompagnée de deux trocarts de taille différente. Le trocart que l'on choisit une fois introduit avec sa canule sur le trajet du nerf douloureux, sur le nerf lui-même, s'il est possible, ou dans tout autre point du corps, on retire le trocart, et sur la canule restée dans les tissus on visse le petit corps de seringue. On peut encore, comme on le fait pour l'injection de perchlorure de fer, introduire, dans la canule qui a été implantée dans les tissus, une canule plus petite, vissée à la seringue et toute chargée de liquide : cela évite d'introduire dans le tissu que l'on injecte, en même temps que le liquide médicamenteux, l'air que contenait la canule, après qu'on a eu retiré le trocart. J'ai négligé, d'ordinaire, cette précaution sans aucun dommage pour les malades et pour le succès de l'opération, comme je le dirai tout à l'heure.

Une fois la seringue ainsi vissée sur la canule, on tourne le piston qui descend graduellement à chaque tour de vis. Et c'est ici qu'il faut être bien renseigné, si l'on veut se rendre un compte exact de la quantité de liquide que l'on emploie, et par conséquent de la dose du médicament qui est introduite. La seringue porte bien des gradnations, mais dans la manœuvre de l'instrument il serait difficile, sinon impossible, de les observer. Le plus sûr est de savoir ce que produit chaque mouvement du piston. Voici ce que nous avons constaté, MM. Mialhe, Grassi et moi. Chaque quart de tour du piston, qui est à vis, donne issue par l'extrémité de la canule à 1 goutte de liquide médicamenteux. Mais un premier point est de savoir ce que contient chacune des canules quand elle est remplie par le jeu du piston. En effet cette canule introduite vide au sein des organes en est retirée pleine, si bien qu'il faut, pour avoir la dose exacte du liquide déposée dans les tissus, défalquer cette contenance de la canule de la dose totale. Or, 4 gouttes sont nécessaires pour remplir la plus petite des deux canules et 5 pour l'autre; soit quatre quarts de tour du piston pour la première, et cinq quarts de tour pour la seconde. C'est donc seulement au cinquième quart de tour que la canule la plus petite laisse échapper 1 goutte du liquide médicamenteux dans les tissus, et au sixième quart de tour seulement que ce résultat est obtenu avec la canule la plus forte. Je n'ai, du reste, jamais employé cette dernière dans mes expériences. De plus, je dirai que M. Mathieu a construit, sur ma demande, des canules plus fines encore et qui sont remplies par trois quarts de tour du piston seulement.

Lorsqu'on procède ainsi par quart de tour du piston, on obtient, pour la capacité totale du corps de seringue, 32 gouttes. Leur poids total est de 61 centigrammes, ce qui fait pour chaque goutte un poids de 19 milligrammes.

En effet, les 10 premières gouttes pèsent ensemble. . .	0gr,18
La deuxième série de 10 gouttes pèse.	0 ,19
La troisième série de 12 gouttes pèse.	0 ,24
Total :	0 ,61

Ces pesées réunies donnent donc pour le poids moyen d'une goutte 19 milligrammes, ou, en chiffre rond, 2 centigrammes.

Pour la grosse canule, malgré la différence (très-petite du reste) du volume, les gouttes offrent le même poids ; elles l'offrent également lorsqu'elles sortent d'une canule plus mince, parce que, il faut bien le remarquer, une fois la canule remplie, la somme de liquide qui s'échappe de son extrémité dépend presque uniquement du mouvement du piston et non de la lumière de la canule ; la différence au moins est si minime qu'il n'y a nullement lieu d'en tenir compte.

Mais il faut bien savoir que ces résultats ne sont précis, et tels que je les expose, que lorsqu'on procède par quart de tour et lentement ; car, si on imprime au piston une impulsion plus vive, sans s'arrêter à chaque quart de révolution, j'ai constaté, et MM. Mialhe et Grassi ont également remarqué, que les gouttes qui s'échappent par la canule deviennent un peu plus grosses, et que leur nombre diminue à tel point, qu'on n'en obtient plus ainsi que 24 ou même 22 pour tout le corps de seringue, au lieu de 32.

On arrive même souvent, en tournant brusquement, à un jet véritable qui certainement correspond à un écoulement relativement beaucoup plus large et plus abondant, et qu'il est impossible de mesurer. Selon MM. Mialhe et Grassi, cette irrégularité que l'on remarque dans les gouttes, quand on fait avancer brusquement le piston et que l'on opère à l'air libre, irrégularité qui, disent-ils, tient à l'adhérence de la goutte aux parois de la canule, ne doit pas se produire quand l'extrémité de cette canule est enfoncée dans les tissus. Alors chaque quart de révolution, selon eux, doit donner sa goutte. Quant à moi, je ne suis pas de cet avis ; je ne crois pas que les choses se passent dans les tissus différemment de ce que nous voyons à l'air libre, d'autant plus que la seringue se vide de la même façon dans les tissus ou à l'air, et il vaut beaucoup mieux, pour être sûr de ce qu'on fait, procéder par quarts de révolution, lesquels correspondent chacun à une goutte, lorsqu'on les sépare les uns des autres par un petit temps d'arrêt.

Le liquide a été, dans 53 cas, une solution de sulfate d'atropine, d'abord dans la proportion de 0gr,20 pour 30 grammes d'eau distillée, proportion qui est indiquée dans le mémoire de M. Benjamin Bell. Nous avons donc alors injecté, à chaque quart de révolution, un dixième et demi de milligramme de sulfate d'atropine environ, et 6 gouttes ont représenté environ un milligramme de cette substance. Il vaut beaucoup mieux procéder comme nous l'avons fait dans les derniers temps, et comme nous faisons maintenant, c'est-à-dire employer une dissolution de sulfate d'atropine, dans la proportion de 0gr,30 pour 30 grammes d'eau distillée, ce qui donne exactement deux dixièmes de milligramme de sel par chaque goutte ou par chaque quart de révolution, et pour 5 gouttes ou 5 quarts de révolution 1 milligramme de sulfate d'atropine.

Tel est le petit instrument que j'ai employé; telles sont les précautions que j'ai observées et que je conseillerais de prendre toutes les fois qu'on voudra procéder avec quelque sûreté à l'usage des injections sous-cutanées.

Quels sont maintenant les résultats que m'a donnés l'emploi de cette méthode? A quelles maladies l'ai-je opposée?

Les observations que voici, et qui ont été recueillies à l'hôpital Beaujon, répondent à cette question. Je n'ai pas l'intention d'abuser de la bienveillance de l'Académie, et je vais lui soumettre seulement le résumé des faits qui se sont passés sous mes yeux. 61 malades ont été soumis à ce mode de traitement; ils étaient affectés des maladies suivantes :

Névralgie sciatique	18
Névralgie intercostale sans complications	9
Névralgie intercostale chez des sujets atteints de tubercules pulmonaires	2
Névralgie intercostale compliquée de phénomènes tout à fait bizarres	1
Névralgie brachiale	1
Névralgie faciale	1
Pleurodynie	4
Douleurs musculaires rhumatoïdes	11
Contusions	2
Douleurs sympathiques d'un cancer utérin	1
Douleurs liées à d'autres affections	3
Cette première catégorie de malades au nombre de	53

a été soumise aux injections avec le sulfate d'atropine.

Viennent ensuite les malades sur lesquels j'ai pratiqué des injections avec une solution de sulfate de strychnine. Chez 7 malades, savoir :

Paraplégie suite d'angine couenneuse. 2
Paraplégie de cause inconnue et de date ancienne. 1
Paralysie de la jambe gauche, liée peut-être à une affection névralgique. 1
Hémiplégie suite d'hémorragie cérébrale. 2
Paralysie du bras suite de compression. 1

Enfin, j'ai injecté une solution de chlorhydrate de morphine dans un cas de colique avec constipation, chez un peintre (colique de plomb légère) 1

Dans tous ces exemples, l'effet avantageux du médicament a été constant et très-marqué, avec des résultats définitifs très-nettement constatés pour les uns, moins bien constatés pour les autres. La cause de cette dernière incertitude, c'est que certains malades ont été traités à la consultation de l'hôpital, et que plusieurs, après avoir tenu parole et être revenus une fois ou deux, ont cessé de reparaître, ce qui me met hors d'état d'affirmer leur guérison définitive, malgré l'amélioration éprouvée et signalée hautement par plusieurs d'entre eux, et constatée par nous-mêmes.

Bien que là encore les résultats avantageux aient été des plus évidents, j'ai dû cependant présenter ces cas avec la réserve que je viens d'indiquer. Cette explication étant donnée, nous pouvons dire que, sur 18 sciatiques, nous avons constaté positivement 12 guérisons; que, dans 6 exemples, la guérison a été plus que probable, les malades l'ayant annoncée comme telle, mais n'étant pas revenus nous permettre de constater l'absence de toute récidive. Voici un exemple que je demanderai à l'Académie la permission de lire.

L'observation est courte et donne une idée de l'effet rapide et complet du moyen que j'étudie ici. (M. Béhier lit alors l'observation dont suit l'extrait.)

Dalard, quarante-quatre ans, tailleur. Atteint en octobre 1858 d'un refroidissement portant sur les reins et plus spécialement sur la hanche droite. Peu de jours après, la marche est impossible par suite des crampes éprouvées dans la cuisse et dans la jambe droite. Revenu à Paris avec une douleur très-vive dans la fesse droite, s'étendant au jarret, à la partie externe du genou droit et au mollet du même côté, il ne peut rester assis ni se coucher sur le dos, ni marcher sans éprouver sa douleur. Des vésicatoires, des frictions améliorent sa position sans le guérir, et les froids de l'hiver réveillent ses souffrances.

Entré le 21 février 1859 à l'hôpital Beaujon, on constate l'existence des mêmes douleurs occupant le membre inférieur droit. La sensibilité à la pression est très-vive au niveau de la région ischiatique droite, le long de la cuisse et au niveau de l'articulation périnéo-tibiale du même côté. Dans la jambe et à la face externe du pied, sensation de lourdeur et de froid.

Du 21 février au 5 mars on applique des ventouses et on emploie l'iodure de potassium à l'intérieur, en vue de quelques antécédents syphilitiques, sans aucun amendement dans la douleur.

Le 6, une injection de 8 gouttes de solution de sulfate d'atropine (0,20 pour 30 d'eau distillée) est faite au niveau de l'émergence du nerf sciatique. Le malade se sentit tellement mieux peu après l'injection qu'il put marcher facilement et se tenir assis. A quatre heures du soir, les douleurs reparaissent avec vivacité; le malade se couche, la douleur cesse et est remplacée par un sentiment d'agacement dans le membre. Le lendemain, à la visite, la douleur n'existe plus; un peu de malaise revint dans la journée, et, le malade s'étant couché, le membre inférieur droit fut le siége d'une sueur profuse. Aucune douleur ne reparut jusqu'au 15 mars, jour de la sortie du malade, aucune précaution, aucun traitement n'ayant été continués.

Il ne faut pas croire du reste que, dans tous les exemples, la guérison a été aussi rapide. Cependant, chez deux autres malades, il a suffi de 4 jours et de 2 injections chez l'une, de 3 chez l'autre, pour amener la guérison complète.

Dans une observation recueillie par M. Dayot, interne distingué des hôpitaux, il a suffi également de 2 injections pour amener la guérison en 6 jours. La deuxième injection, selon le dire de mon collègue et ami M. Frémy, qui a appliqué lui-même le moyen, le malade étant dans son service, n'a été pratiquée que pour compléter et assurer la guérison déjà manifeste après la première injection.

Chez deux autres malades, il a fallu pour l'un 10 injections donnant un total de 160 gouttes de solution de sulfate d'atropine, et pour l'autre 8 injections formant un total de 149 gouttes de solution atropique.

Mais je dois faire remarquer que le dernier de ces malades a peut-être bien prolongé son séjour à l'hôpital plus qu'il n'était nécessaire, et réclamé un plus grand nombre d'injections qu'il n'était besoin. Il appartient à cette catégorie d'individus qui savent fort bien ce que peut valoir une sciatique bien exploitée et qui se font de leur maladie une sorte de revenu et de moyen d'entretien. Il est entré dans notre service, ne pouvant marcher sans douleur, ayant certainement une attaque de névralgie sciatique. Il se levait au bout de peu de jours, mais il a continué à réclamer pour une guérison plus

complète des injections tantôt sur un point, tantôt sur un autre, dessinant très-habilement le trajet des nerfs par les points qu'il indiquait, exaltant les bienfaits de la méthode que nous employions lorsqu'il la comparait aux traitements qu'il avait subis antérieurement, et exhalant contre ces traitements des plaintes amères qu'il a proférées depuis dans un autre service contre nos injections.

J'ai dû laisser tout le temps voulu à ce malade. Quand on expérimente un moyen, il faut subir ces exigences et même ces tromperies, sous peine d'avoir l'air d'imposer en vertu d'un parti pris une guérison qui pourrait ne pas exister.

Enfin, dans une autre observation, le traitement a nécessité 15 injections, 164 gouttes de liquide, et 25 jours de durée ; mais il faut remarquer que, pendant 11 jours, le malade est venu seulement à la consultation subir les injections, et qu'il s'en retournait ensuite, vaquant à ses travaux, se fatiguant à la marche, tandis qu'il n'a fallu que 14 jours, après son entrée à l'hôpital, où il restait en repos, pour obtenir la guérison, qui s'est maintenue depuis, comme j'ai pu le constater.

Les observations dont la terminaison n'a pu être bien précisée n'ont jamais comporté plus de 4 injections, et toujours chaque injection a été suivie d'un mieux notable.

Les observations qui portent sur d'autres maladies que les névralgies sciatiques et qui sont des névralgies intercostales, pleurodynies, douleurs rhumatoïdes musculaires ; ces observations, dis-je, donnent des résultats plus satisfaisants et plus rapidement obtenus. 11 névralgies intercostales, dont 2 ayant lieu chez des sujets tuberculeux, ont été toutes guéries, chacune par une seule injection au niveau de l'espace intercostal douloureux. La douleur fut enlevée, par conséquent, en un seul jour, quelle qu'ait été la durée antérieure de la maladie, et nous avons injecté de 8 à 20 gouttes de solution atropique.

Voici, à titre d'exemple, deux faits que j'abrége pour ménager les moments de l'Académie ; j'ai ici du reste les observations complètes avec tous les détails que j'ai pu recueillir. J'en donne l'extrait :

J***, cocher, âgé de quarante et un ans, fut pris, le 24 mai 1859, étant sur son siége, d'une douleur occupant la partie postérieure droite du thorax et s'irradiant vers la partie antérieure en contournant le neuvième espace intercostal. Les mouvements du bras droit, ceux de l'inspiration provoquent des plaintes et sont interrompus.

Le 25, consulté, je prescris l'application d'un large sinapisme sur le côté malade et 2 centigrammes d'extrait aqueux thébaïque.

Le 26, aucune amélioration n'étant survenue, je pratique, dans le neuvième espace intercostal, dans un point au niveau de l'angle de l'omoplate, une injection de 20 gouttes de solution de sulfate d'atropine; presque immédiatement la douleur disparaît, et elle ne s'est pas remontrée depuis, car je n'ai pas cessé de voir cet individu qui est placé chez un de mes amis.

Voici maintenant un exemple recueilli chez une malade tuberculeuse :

Henriette Deschamps, trente ans, entre à l'hôpital Beaujon pour une phthisie pulmonaire arrivée au troisième degré.

Entrée dans les premiers jours de juin, elle appelle tout d'abord notre attention sur une douleur intercostale occupant le côté droit, et dont elle est tourmentée depuis un an.

La toux, d'ailleurs très-fréquente, est excessivement pénible à cause de cette douleur, qui est le grand sujet des plaintes de la malade. Tout le côté droit lui semble pris, mais, quand on précise davantage, on constate que la douleur émane plus particulièrement d'un point qui siége au niveau de la réunion du quart antérieur avec les trois quarts postérieurs du huitième espace intercostal. La pression sur ce point réveille et augmente la douleur.

C'est dans ce lieu que le 4 juin, sur les plaintes très-vives de la malade, je pratique une injection de 8 gouttes de solution de sulfate d'atropine (0gr,20 pour 30 grammes d'eau distillée) sous la peau, en pénétrant même un peu dans le muscle intercostal.

Aucune sensation douloureuse au moment de l'injection.

Peu de temps après, la malade, venant à tousser, fut très-surprise de ne plus ressentir la douleur qu'elle éprouvait depuis un an.

Elle n'a pas reparu depuis, et la malade a succombé le 24 juin aux progrès de sa phthisie pulmonaire.

J'ai cité ces deux faits parce qu'ils sont probants, et en outre parce que les malades ont été tenus en observation longtemps après l'injection, de telle sorte qu'on est sûr que chez eux il n'y a pas eu récidive.

Je demanderai encore à l'Académie la permission d'ajouter le récit des accidents que présentait une des malades que nous avons traitées par les injections. Il y a là tout à la fois un exemple de ces bizarreries qu'on rencontre rarement dans l'expression des phénomènes nerveux et une preuve de l'influence positive et rapide du moyen de traitement que nous étudions ici. (M. Béhier donne lecture d'une observation dont suit l'analyse.)

L***, âgée de vingt-six ans, plusieurs jours après une couche heureuse du reste, et qui avait eu lieu plusieurs mois avant l'entrée à l'hôpital, fut prise d'une douleur violente d'abord dans la partie latérale gauche de la poitrine, douleur qui s'étendit bientôt dans l'épaule, puis dans le bras, dans l'avant-bras et dans la main du

même côté, avec contraction et tension violente des doigts. La douleur revenait par crises lors des mouvements et plus particulièrement lorsque la malade buvait, si bien qu'elle s'en abstenait le plus possible.

Elle présentait en outre tous les signes d'un phlegmon péri-utérin occupant surtout le flanc gauche.

Une injection de 10 gouttes de sulfate d'atropine faite au niveau du nerf cubital gauche suffit pour faire complétement disparaître la douleur, qui ne revint pas pendant tout le séjour de la malade, séjour nécessité par l'affection utérine. L'inspiration, les mouvements du bras et l'ingestion des boissons cessèrent, dès l'injection, de réveiller la douleur.

Nous avons relevé quatre observations de pleurodynies traitées à la consultation par les injections de sulfate d'atropine. Chez tous ces malades, le mieux qui suivit chaque injection ne fut pas douteux, mais nous avons perdu de vue les individus, qui ne sont pas revenus, en sorte que nous ne pouvons pas présenter un résultat définitif et bien démontré.

Une fois il m'est arrivé à la consultation, m'en fiant au diagnostic de l'un de mes élèves, de pratiquer une injection au niveau d'un point douloureux des parois thoraciques, alors que cette douleur était purement symptomatique d'un épanchement pleurétique. La douleur diminua d'intensité, malgré le point de départ organique.

Chez un autre malade qui offrait une douleur du côté gauche peu intense mais tenace, sans frisson, sans fièvre, sans malaise, développée depuis quatre jours, nous fîmes 3 injections à trois jours différents, sur divers points du côté gauche de la poitrine. La douleur disparut, puis revint. Le quatrième jour, le malade, en sortant de l'hôpital, fut considérablement mouillé par la pluie ; rentré chez lui, il fut pris de frisson, de fièvre, de malaise, et le surlendemain il était atteint d'une pleurésie qui était le fait de ce refroidissement et non pas la conséquence de 4 gouttes injectées sous la peau, et très-superficiellement. Il est bien entendu que le malade n'a pas manqué d'accuser l'injection, beaucoup plutôt que l'averse, du développement de sa pleurésie.

Viennent ensuite les observations de malades atteints de douleurs musculaires qui furent guéries par 2 injections, chacune de 10 gouttes. En voici un exemple en résumé :

Sylvestre (Jean), vingt-huit ans, cocher, entré le 7 juin 1859, pour une douleur existant depuis huit jours dans les deux deltoïdes et empêchant le mouvement des bras.

Le 8, injection de 18 gouttes de solution de sulfate d'atropine dans l'épaisseur du muscle deltoïde gauche; cessation instantanée de la douleur qui ne revient plus de ce côté; légers troubles généraux atropiques.

Le 9, le deltoïde du côté droit est toujours douloureux, le bras

étant immobile, tandis que le bras gauche est levé facilement et sans douleur. Injection de 10 gouttes de solution dans le deltoïde droit qui est guéri également le 10 au matin. Aucune des deux douleurs ne reparaît dans la suite.

J'ai signalé ce fait à l'Académie à cause de cette circonstance, que le muscle deltoïde du côté injecté d'abord cessa seul d'être douloureux sans qu'aucune influence eût été exercée sur le muscle du côté opposé, remarque dont nous verrons tout à l'heure l'importance.

J'ai pratiqué des injections de sulfate d'atropine dans deux cas de contusion des parois thoraciques, au niveau du point contusionné. La douleur a été très-notablement diminuée dès l'injection ; pourtant elle a persisté plus obtuse, mais toujours réelle, jusqu'au surlendemain. Nous avons perdu de vue les malades.

Ce sont là des observations incomplètes, par conséquent ; mais elles prouvent toujours que l'injection de sulfate d'atropine pourrait être utile à titre de moyen calmant local, dans le cas de contusions très-douloureuses.

Nous n'avons malheureusement rencontré qu'un seul cas de névralgie faciale, et encore nous n'avons pu suivre l'observation jusqu'au bout, le malade n'étant venu que du dehors. Une injection faite au niveau du trou mentonnier et au niveau du trou sus-orbitaire avait dissipé la douleur sur ces deux points. Elle persistait au niveau du trou maxillaire supérieur, lorsque nous y fîmes une injection dont nous n'avons pas su le résultat.

Enfin j'ai, il y a quelques jours, pratiqué 2 injections de 10 gouttes chacune dans la partie antérieure des cuisses chez une femme atteinte de cancer utérin et qui était tourmentée de ces douleurs sympathiques si fréquentes en pareil cas, et la douleur a disparu pour ne plus revenir.

Bien plus, M. Frémy, dans un cas de douleur utérine violente, a calmé la malade par l'injection de 16 gouttes de sulfate d'atropine poussées dans l'intérieur du col, succès consolidé par des quarts de lavement avec 10 gouttes de la même solution, dont j'ai également retiré de bons effets à l'intérieur pour calmer la toux rebelle chez une tuberculeuse.

La même solution, du reste, distillée à la dose de 12 gouttes dans l'oreille d'une malade souffrant très-vivement d'une otite, a amené un calme complet et rapide.

En résumé, sur 35 cas dans lesquels j'ai employé les injections de sulfate d'atropine pour des douleurs de nature variable et pour

des contusions, j'ai constaté 18 guérisons complètes obtenues d'ordinaire par une seule injection, par deux au plus, et 15 autres fois nous avons constaté les bons effets constants du moyen, même alors que nous n'avons pas pu compléter les observations comme nous l'aurions désiré ; chez 2 malades, les résultats sont tout à fait inconnus.

Si nous réunissons les exemples des deux catégories que je viens de passer en revue, nous voyons que chez 53 malades les injections de sulfate d'atropine faites au niveau du point douloureux, quel qu'il fût, ont toujours été efficaces pour calmer la douleur nerveuse, et qu'elles les ont toujours guéries dans les cas où elles ont pu être suffisamment multipliées, c'est-à-dire dans 31 cas sur 53.

Je répéterai que plusieurs des 22 cas qui restent étaient réellement des cas de guérison bien avancée, tant était grand le soulagement au moment où nous avons perdu les malades de vue.

Sur deux de nos malades j'ai cherché à étudier comparativement les injections de chlorhydrate de morphine, et je les ai répétées pendant plusieurs jours à doses assez élevées, 24, 30 gouttes par injection. Cette préparation m'a donné des résultats moins satisfaisants, et je me suis hâté de revenir au sulfate d'atropine.

Chez tous les malades, nous avons constaté les signes de l'intoxication atropique plus ou moins bien exprimés. Un quart d'heure, une demi-heure, ou quelquefois, quoique beaucoup plus rarement, une heure, seulement après l'injection, les malades étaient pris de malaise, d'étourdissements, de sécheresse de la gorge, de troubles de la vue. Un homme voyait les objets beaucoup plus gros qu'ils n'étaient réellement, leurs contours étaient mal circonscrits ; un autre les voyait tout colorés en rouge, un troisième leur trouvait une teinte verte, quelques-uns ont éprouvé des hallucinations. Une femme, après ses injections, voyait des rats, ailés ou non, qui couraient par la salle. Un malade croyait voir les chevaux qu'il a l'habitude de soigner, leur parlait et croyait les panser. Enfin, le délire a été chez certains malades plus vif et plus actif : ils se levaient et descendaient au jardin et accomplissaient des actes peu raisonnables dont ils ne conservaient pas le souvenir une fois revenus à eux-mêmes.

Un malade présenta une marche singulière de son délire atropique, à la suite d'une injection de 20 gouttes de solution atropique faite le 14 mars ; il se leva, courut les corridors de l'hôpital sans savoir où il allait, perdant ses habits et tenant des propos incohérents, sans violence ; on le coucha, et pendant la nuit il dormit tran-

quillement; à son réveil, il n'offait plus de délire le 15, et racontait à la visite les événements de la veille dont il avait conservé un vague souvenir. On croyait tout terminé, lorsque peu après, sans injection nouvelle, sans aucune administration d'un médicament quelconque, le délire reparut, dura toute la journée, et le lendemain, après une nuit agitée, il était encore en plein délire, à genoux sur son lit, me conjurant de sauver sa femme et ses enfants.

J'ai cru devoir signaler ici la durée du délire, et surtout l'intermittence singulière qu'il présenta. Chez lui, comme chez six autres malades, l'opium, sous forme d'extrait ou de sirop, arrêta tous les phénomènes toxiques.

A ce point de vue, mes observations confirment pleinement celles de Giacomini, de M. Cazin et de M. Bell, et l'opium est bien réellement l'antidote de la belladone, comme celle-ci est aussi réellement un remède très-efficace contre l'empoisonnement par l'opium; je l'ai constaté, pour ma part, à n'en pas douter.

Du reste, il faut le dire, rien ne ressemble plus à l'ivresse alcoolique que l'ivresse atropique, si on ajoute l'aspect particulier du regard brillant et vague tout à la fois, l'injection de la conjonctive des paupières et de la partie supérieure de la face qui prend un aspect vraiment spécial. Deux ou trois de nos malades ont présenté des éruptions ortiées consécutivement aux injections atropiques. Enfin, il est un phénomène que nous avons retrouvé souvent aussi, c'est la rétention d'urine, avec douleur lors de l'émission des premières proportions de ce liquide, qui déterminaient au méat urinaire une sensation de brûlure très-pénible. Cette rétention d'urine a souvent duré plusieurs heures. Un seul nous a offert, comme phénomène produit par la solution atropique, un relâchement du sphincter de l'anus et des émissions involontaires de matières fécales.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'inflammation péri-utérine. — Symptômes et traitement (1).

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'affection que je me propose de décrire sous le nom d'*inflammation péri-utérine* a tour à tour reçu la dénomination d'*inflammation du bas-ventre*, d'*inflammation des annexes de l'utérus et du*

(1) Extrait des *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses an-*

ligament large, d'*inflammation du tissu cellulaire pelvien* (*cellulite pelvienne*, *phlegmon péri* ou *rétro-utérin*), de *pelvi-péritonite*. On le voit, d'accord sur l'existence d'une inflammation dans le petit bassin, au voisinage de l'utérus, les auteurs diffèrent beaucoup d'opinion lorsqu'il s'agit de déterminer le siége précis de cette inflammation, les organes qui en sont primitivement affectés. Pour les uns, c'est l'inflammation des annexes de l'utérus (ovaire ou trompe), avec participation à la phlegmasie du repli péritonéal qui porte le nom de *ligament rare*; dans cette opinion, par conséquent, l'inflammation n'est pas considérée comme limitée à un seul des organes ou des tissus qui entourent l'utérus; le péritoine et le tissu cellulaire compris dans l'épaisseur du ligament large participent à l'inflammation de l'ovaire ou de la trompe. Pour d'autres, et nous devons dire que l'autorité de M. Gendrin et de M. Nonat a beaucoup contribué à accréditer cette opinion, l'inflammation affecte principalement le tissu cellulaire sous-péritonéal qui entoure l'utérus, et plus spécialement le tissu cellulaire renfermé dans le ligament large, d'où les noms de *cellulite pelvienne* et de *phlegmon péri-utérin*. Enfin, dans ces derniers temps, une nouvelle doctrine s'est produite, d'après laquelle ce ne serait pas dans le tissu cellulaire, mais bien dans le péritoine pelvien, que se trouverait le siége principal de cette inflammation; autrement dit, selon cette opinion développée par mon savant ami et collègue, M. Bernutz, dans un travail publié en collaboration avec M. Goupil, dans l'inflammation péri-utérine, le rôle principal appartiendrait à la péritonite pelvienne développée sous l'influence de différents états morbides, soit de l'utérus, soit de ses annexes.

Si nous descendons à notre tour dans l'arène, c'est dans l'espoir de montrer qu'entre ces opinions, qui paraissent s'exclure d'une manière absolue, il n'y a pas une divergence aussi grande qu'on serait tenté de le supposer, et que la conciliation est possible, pour ne pas dire facile. Il est probable, en effet, que les partisans de la *cellulite* ou du *phlegmon péri-utérin* ne contestent pas la possibilité, pour l'inflammation, de se propager au péritoine voisin; tissu cellulaire et péritoine sont tellement rapprochés dans certains points, que l'échange phlegmasique est facile et presque inévitable. Dans l'opinion

---

nexes, dont la troisième et dernière partie paraîtra prochainement. Nous ne reproduisons de cette leçon que ce qui est relatif aux symptômes et au traitement de cette inflammation, et nous supprimons également les observations nombreuses qui y sont contenues, afin de ne pas trop allonger cet article.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

de MM. Bernutz et Goupil, le rôle principal appartient à la péritonite pelvienne; mais ces deux auteurs sont loin de contester la possibilité de l'inflammation du tissu cellulaire. Où se trouve donc la difficulté? Evidemment dans ceci : que MM. Bernutz et Goupil ont voulu démontrer au delà de ce qu'il leur était logiquement permis de conclure. Frappés des résultats que leur ont fournis quelques examens nécroscopiques; frappés, dis-je, de ne trouver, à l'autopsie de femmes chez lesquelles des praticiens expérimentés avaient cru reconnaître pendant la vie les signes d'un phlegmon péri-utérin, d'autres altérations que des adhérences péritonéales entourant soit des anses intestinales seules, soit des anses intestinales et des portions plus ou moins étendues des ligaments larges ensemble réunis, ces deux auteurs ont voulu réduire essentiellement l'inflammation péri-utérine à une péritonite pelvienne. Comment donc l'inflammation pourrait-elle se développer autour de l'utérus; ont-ils ajouté? Est-ce que le péritoine n'est pas étroitement soudé à l'utérus? et comment une lame aussi peu abondante de tissu cellulaire pourrait-elle devenir le siége d'un phlegmon? Malheureusement pour l'opinion qu'ils défendent, MM. Bernutz et Goupil ont oublié que, s'il existe très-peu de tissu cellulaire à la face postérieure de l'utérus, si même l'adhérence du péritoine devient telle, au voisinage de la ligne médiane, qu'on peut à grand'peine le détacher du tissu utérin, s'il en est encore ainsi dans la portion libre de la face antérieure de l'utérus, si même, comme j'ai pu m'en assurer par une dissection attentive, le tissu cellulaire qui longe le bord de cet organe supérieurement est beaucoup trop serré, parcouru qu'il est par des lamelles fibreuses qui contiennent les vaisseaux, pour pouvoir devenir le siége d'un phlegmon véritable; par contre, il est d'autres points où le tissu cellulaire se prête, au contraire, à l'inflammation avec la plus grande facilité. Latéralement dans l'épaisseur des ligaments larges, en arrière entre le vagin et le péritoine qui revêt le cul-de-sac recto-utérin, et généralement dans cet espace compris entre le point où la muqueuse vaginale se réfléchit pour revêtir le col, et celui où le péritoine se réfléchit à son tour pour se porter sur l'utérus, dans cet espace correspondant à l'insertion du vagin sur l'utérus, il existe du tissu cellulaire qui communique librement d'une part avec le tissu cellulaire qui longe le vagin, d'autre part avec le tissu cellulaire pelvien comme avec le tissu cellulaire des parties voisines, de la fosse iliaque, par exemple. La quantité de ce tissu cellulaire et sa laxité augmentent à mesure que l'on se rapproche du bas-fond du bassin, de sorte que c'est précisément au pourtour du col de l'utérus

en arrière et latéralement, que ce tissu offre les conditions les plus favorables à l'inflammation.

Tout ce qui précède n'est pas une simple vue théorique : l'observation est venue m'en fournir la démonstration la plus péremptoire. Dans le ligament large, par exemple, j'ai vu les deux feuillets du péritoine séparés l'un de l'autre par une couche épaisse de pus ; et sur les parties latérales de l'utérus, j'ai pu, à trois reprises différentes, reconnaître pendant la vie des engorgements partiels du tissu cellulaire, et m'assurer après la mort de la composition réelle de ces engorgements. Dans deux de ces derniers cas, c'étaient de pauvres femmes qui se trouvaient placées dans ces conditions où l'on n'a guère l'habitude de rechercher ces engorgements du tissu cellulaire, et dans lesquelles on a pu affirmer quelquefois, comme M. West l'a fait dans ces derniers temps, qu'il n'en existe pas. Toutes deux étaient récemment accouchées, et toutes deux succombaient à la fièvre puerpérale qu'elles avaient contractée dans le service d'accouchements. Dans les deux cas, je retrouvai sur l'un des côtés du col de l'utérus un noyau d'induration douloureux à la pression, se prolongeant le long de la paroi latérale du vagin, dans une étendue de trois à quatre centimètres environ. Après la mort, ce noyau d'induration avait beaucoup perdu de sa consistance; mais en le recherchant avec soin, je pus le découvrir et m'assurer qu'il était constitué dans un cas par du tissu cellulaire imprégné de sang, presque combiné avec ce liquide, et dans l'autre par du tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique et de pus. Dans un troisième cas, c'était chez une femme de quatre-vingts ans, dont j'avais examiné les organes génitaux pendant la vie, presque par hasard; le noyau analogue que j'avais découvert était constitué par du tissu cellulaire induré, dans lequel mon savant collègue, M. Ch. Robin, a reconnu la présence de nombreux noyaux fibro-plastiques.

L'inflammation du tissu cellulaire pelvien qui entoure l'utérus ne saurait donc être contestée; et j'irai plus loin, je dirai que, si MM. Bernutz et Goupil n'ont pu en découvrir les traces chez les malades dont ils ont pratiqué l'examen nécroscopique, c'est qu'ils ne l'ont pas cherchée où elle est et où elle doit être.

Cette solution affirmative de la question relative à l'existence de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien ne tranche cependant pas complétement la difficulté. Il ne s'agit pas seulement de savoir si le tissu cellulaire est susceptible de s'enflammer, mais bien si cette inflammation constitue l'affection à laquelle on donne le nom d'*inflammation péri-utérine*.

Considérée dans ce qu'elle a de plus essentiel, cette affection est caractérisée par une espèce de tumeur qui se développe, au milieu de phénomènes inflammatoires plus ou moins tranchés, dans la cavité pelvienne, en arrière ou sur les parties latérales de l'utérus, auquel elle est soudée d'une manière plus ou moins intime ; tumeur qui acquiert dans certains cas des proportions assez considérables pour pouvoir être sentie à travers la paroi abdominale, tumeur qui affecte quelques-uns des caractères du phlegmon et qui est susceptible en particulier de se terminer par suppuration. Les tumeurs de ce genre sont-elles formées exclusivement aux dépens du tissu cellulaire pelvien ? Sur ce point, je suis bien obligé d'être de l'avis de MM. Bernutz et Goupil, et je réponds : jamais tumeur inflammatoire d'un volume un peu considérable n'a été formée dans le bassin aux dépens du tissu cellulaire péri-utérin seulement. Les tumeurs de ce genre résultent, au contraire, des adhérences des annexes de l'utérus entre elles, des adhérences de ces annexes avec l'utérus et avec les organes renfermés dans la cavité du bassin. Le volume apparent de ces tumeurs est en rapport avec l'étendue même de ces adhérences.

L'un des faits les plus probants en ce genre qui aient passé sous mes yeux est celui d'une pauvre femme déjà traitée à plusieurs reprises pour des inflammations du bas-ventre et qui entra à l'hôpital dans le dernier degré du marasme avec une tumeur située dans le petit bassin, principalement du côté gauche, dure, inégale, irrégulière, fournissant des prolongements le long de la partie latérale et postérieure de l'utérus, qu'elle paraissait immobiliser. Or, que trouva-t-on après la mort ? C'est que cette tumeur, d'un volume énorme, située sur la partie latérale gauche de l'utérus, cette tumeur dans laquelle, suivant toute probabilité, il y avait eu, à une époque antérieure, des phénomènes inflammatoires, puisqu'elle avait été combattue par des émissions sanguines répétées, cette tumeur dure et qui semblait au toucher, malgré la présence de quelques inégalités à sa surface, avoir une composition uniforme ; cette tumeur, non-seulement n'était pas constituée par du tissu cellulaire induré et épaissi par l'inflammation, mais résultait de la soudure, des adhérences intimes formées entre les organes renfermés dans le petit bassin, utérus, vessie, ovaires, trompes, ligaments larges, anses intestinales, tout cela réuni autour d'un foyer inflammatoire très-petit relativement, constitué par la trompe et par l'ovaire du côté gauche. Cette dernière circonstance achève de mettre en lumière un fait qui me paraît capital dans l'histoire de l'inflammation péri-

utérine, et qui m'empêche de me rallier complétement à l'opinion défendue par MM. Bernutz et Goupil : c'est que la péritonite partielle, bien qu'élément très-important dans l'inflammation péri-utérine, n'est encore qu'un élément secondaire. Le véritable élément constituant, celui qui joue le principal rôle dans ce qu'on appelle l'inflammation péri-utérine, c'est l'altération des annexes de l'utérus, de l'ovaire ou de la trompe...

L'opinion que j'ai développée, il y a quelques instants, relativement à la présence à peu près constante de l'ovaire ou de la trompe enflammés au centre de la tumeur abdominale formée par l'inflammation péri-utérine, doit faire comprendre aisément que cette inflammation doit avoir de très-grands rapports, au point de vue de son expression symptomatologique, avec l'inflammation de la trompe ou avec l'inflammation de l'ovaire. Il est des cas, en effet, dans lesquels la distinction est vraiment impossible ; mais il y a généralement, dans l'inflammation péri-utérine, un facteur qui tend à dominer et à étouffer momentanément toutes les autres manifestations morbides, c'est la péritonite. MM. Bernutz et Goupil ne sont donc pas entièrement hors du vrai lorsqu'ils désignent l'inflammation péri-utérine sous le nom de *pelvi-péritonite*, la péritonite pelvienne étant, en définitive, l'affection qui domine la symptomatologie de l'inflammation péri-utérine.

L'inflammation péri-utérine aiguë peut se montrer, au début, sous deux formes très-différentes : ou bien elle éclate brusquement, à la manière des maladies aiguës, et c'est ce qui a lieu surtout après un accouchement ou un avortement récent; ou bien elle est précédée de quelques jours, de quelques semaines, de quelques mois même de malaises mal définis, ou de symptômes plus ou moins bien tranchés d'inflammation des annexes de l'utérus. Dans le premier cas, le début est souvent marqué par un frisson plus ou moins intense, suivi d'une chaleur plus ou moins vive, avec des sueurs souvent fort abondantes, des envies de vomir, des nausées et des vomissements. Dans le second cas, du malaise, de la perte d'appétit, de la constipation ou de la diarrhée, des douleurs vagues ou au moins des douleurs sourdes dans le ventre, précèdent l'apparition des phénomènes qui appartiennent en propre à l'inflammation péri-utérine. De ces phénomènes, l'un des plus importants est une douleur tantôt limitée à un point peu étendu de l'une ou l'autre des fosses iliaques, tantôt, et en général, beaucoup plus diffuse, occupant une plus ou moins grande partie du bas-ventre. Très-vive le plus souvent, la douleur peut n'avoir en appa-

rence qu'une intensité médiocre; mais il suffit de pratiquer la palpation des parois abdominales pour la réveiller, et à mesure qu'on se rapproche du ligament de Fallope, la sensibilité augmente au point de ne pas permettre le plus léger contact. Le moindre ébranlement, la marche, la station debout, les rapports sexuels ont pour résultat d'aggraver cette douleur. Les malades restent immobiles dans leur lit, couchées sur le dos, les jambes fléchies sur le bassin; à peine sont-elles debout qu'elles éprouvent dans le bas-ventre des tiraillements qui réveillent la douleur, et souvent même il leur faut marcher pliées en deux.

La sensibilité excessivement vive du bas-ventre, le ballonnement qui s'y joint dans certains cas, ou, à défaut de ce ballonnement, la tension de la moitié inférieure de l'abdomen, qui forme une espèce de voûte, comme pour abriter les organes sous-jacents, la chaleur vive des parois abdominales, l'immobilité gardée par les malades dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies et rapprochées du tronc, l'altération des traits, la petitesse et la concentration du pouls, les vomissements bilieux dans certains cas : tous ces phénomènes se réunissent pour faire reconnaître que l'on a affaire à une véritable péritonite. Sous l'influence d'un traitement approprié, ou même sans cette circonstance, les phénomènes les plus graves ne tardent pas à se calmer : la fièvre est moins intense, les nausées et les vomissements disparaissent, la face reprend un peu de calme; mais la malade conserve une sensation de plénitude, d'embarras, quelquefois même de douleur dans la moitié inférieure du bas-ventre, se localisant plus particulièrement d'un côté ou de l'autre; de temps en temps la douleur éprouve une espèce d'exacerbation, quelquefois même il y a de véritables élancements; la peau reste un peu chaude et généralement moite, le pouls un peu fréquent et serré; la langue, ordinairement sale, est chargée d'un enduit blanchâtre, quelquefois elle est sèche; il y a diminution ou perte complète d'appétit, soif assez vive, et, vers le soir, presque toujours un peu de recrudescence dans le mouvement fébrile.

Bientôt, au milieu de cette rénitence diffuse de la paroi abdominale, on commence à saisir, dans la profondeur du bassin, une sorte de tumeur, tantôt vague et mal circonscrite, tantôt bien limitée, de forme et de dimension diverses, ovoïde, globuleuse ou d'une forme assez irrégulière, quelquefois de la grosseur d'un œuf de poule ou d'un œuf de dinde, quelquefois du volume du poing d'un adulte, au niveau de laquelle la pression est toujours plus douloureuse que dans les autres points du ventre.

Le toucher vaginal montre une élévation notable de la température du vagin, qui peut être entièrement sec ou lubrifié par des mucosités en quantité plus ou moins abondante; le doigt arrive jusque sur le col de l'utérus, qui peut occuper des positions très-variées, mais qui présente cette particularité qu'il semble implanté sur une base solide, le corps de l'utérus étant lui-même immobilisé et ne pouvant exécuter que des mouvements très-limités, surtout du côté correspondant à la tumeur. En portant successivement le doigt sur les parties latérales du col, jusque dans les culs-de-sac du vagin qui le bordent, on trouve l'un de ces culs-de-sac, ou bien simplement rénitent et donnant la sensation d'une résistance située derrière le repli vaginal, ou bien complétement effacé et remplacé par une véritable saillie qui fournit, suivant les cas, la sensation d'un empâtement simple ou d'une véritable induration.

Dans cette première période, en effet, et à une époque ainsi rapprochée du début de la maladie, il ne faut pas toujours s'attendre à trouver, soit à la palpation abdominale, soit même par le toucher vaginal ou rectal, une tumeur parfaitement limitée et circonscrite. L'immobilisation seule de l'utérus, jointe à un certain degré d'empâtement dans l'un des culs-de-sac et à une douleur à ce niveau, est très-suffisante, lorsqu'il existe en même temps des phénomènes généraux, pour faire admettre l'existence d'une inflammation péri-utérine. D'un autre côté, il ne faudrait pas conclure des résultats négatifs fournis par la palpation abdominale, à l'absence réelle de toute tumeur; car si les tumeurs placées en avant et sur les côtés de l'utérus sont en général accessibles à la main qui palpe l'abdomen, il n'en est pas de même des tumeurs situées derrière l'utérus et cachées par cet organe; et l'erreur est d'autant plus facile dans les cas de ce genre, que la douleur elle-même peut faire complétement défaut.

La tumeur, une fois bien développée, présente des caractères qui la distinguent de plusieurs autres tumeurs de la cavité pelvienne. Quelle que soit sa consistance, et elle peut varier depuis un simple empâtement jusqu'à une dureté comme ligneuse, — ce qui, soit dit en passant, est généralement en rapport avec la distension de la tumeur par du pus, — quels que soient sa forme, son volume et sa situation, et rien n'est plus variable que ces circonstances, elle conserve, relativement à l'utérus, des rapports qu'il est très-important de connaître et de graver dans sa mémoire. Si étroitement accolée qu'elle puisse être à l'utérus, un sillon, qui est quelquefois très-profond, mais qui, d'autres fois, ressemble à une sorte de fissure, éta-

blit la démarcation entre la tumeur et le parenchyme utérin ; la tumeur est quelquefois si étroitement adhérente à l'utérus, elle le suit si bien dans tous ses mouvements, qu'on pourrait admettre, au premier abord, qu'elle fait corps avec lui ; mais en faisant basculer l'utérus dans diverses directions, après l'avoir préalablement rapproché autant que possible de la tumeur, on parvient le plus souvent à imprimer à cet organe quelques mouvements, soit d'avant en arrière, soit de latéralité, qui établissent son indépendance réelle de la tumeur.

Entre certaines formes particulières de l'inflammation péri-utérine aiguë et l'inflammation péri-utérine chronique, les différences ne sont pas grandes au point de vue des symptômes : signes locaux peu marqués, phénomènes réactionnels sans grande signification. Dans cette dernière, les symptômes généraux occupent la première place, et ces symptômes n'indiquent pas tant une inflammation des organes pelviens qu'un état de langueur et de détérioration de l'économie : la face pâle, terne, amaigrie, les yeux sans expression, la peau sèche, quelquefois un peu chaude vers le soir, le pouls faible, petit, un peu serré, mais assez fréquent ; un peu d'oppression dans la marche, des palpitations de cœur, une céphalalgie persistante, des douleurs névralgiques vagues, une nervosité très-prononcée, quelques accidents hystériformes, un peu de constriction à la gorge, voire même quelques mouvements convulsifs, un engourdissement presque général dans un côté du corps, et principalement dans le côté gauche, avec des fourmillements dans les extrémités, avec un affaiblissement de la sensibilité ou une hypéresthésie diffuse ou circonscrite de la peau, des points douloureux sur le trajet de la colonne vertébrale, des digestions difficiles avec renvois acides ou fétides, avec gonflement de l'épigastre pendant la digestion, quelques vomissements de temps en temps, quelquefois alimentaires, le plus souvent bilieux : tel est l'ensemble des symptômes que les malades présentent au premier abord, et qui seraient, je le répète, tout aussi bien de nature à faire croire à une dyspepsie, à une chlorose ou à une cachexie, qu'à une inflammation péri-utérine.

Dans ces cas, l'examen détaillé des organes et des fonctions, tandis qu'il met en relief l'intégrité souvent complète des appareils de la respiration et de la circulation, fait reconnaître vers l'abdomen les altérations ordinaires de l'inflammation péri-utérine : le ventre est généralement sensible à la pression, quelquefois ballonné ; la palpation de sa moitié inférieure fait découvrir, tantôt seulement une sorte de rénitence, tantôt une véritable tumeur, quelquefois

étalée et aplatie, quelquefois arrondie et globuleuse, avec ou sans matité à la percussion, dépassant à peine le détroit supérieur, ou bien arrivant jusqu'à l'ombilic et au delà. Le toucher fournit les renseignements les plus concluants, en montrant l'utérus complétement immobile, au moins en apparence, tantôt dans une situation à peu près normale, tantôt en antéversion, en rétroversion ou en latéro-version, tantôt entièrement perdu dans une espèce de gangue dont le col seul se dégage, tantôt enfin accolé étroitement à une tumeur ou à un empâtement vague situé sur les parties latérales, en arrière ou en avant de l'utérus; cet organe, suivant les cas, se trouve entraîné et incliné vers la tumeur ou l'empâtement, ou bien repoussé dans une direction opposée, avec un sillon plus ou moins tranché entre sa surface et la tumeur; l'œdème du col et de la partie supérieure du vagin donne quelquefois un aspect singulier à cette disposition. Par le toucher rectal, on reconnaît mieux encore la nature et l'étendue des désordres qui se sont produits au pourtour de l'utérus : quelquefois, c'est une masse informe, irrégulièrement arrondie ou globuleuse, dans laquelle on a peine à saisir l'utérus, tantôt ce sont des brides qui soudent l'utérus dans tous les sons aux parois du bassin et aux parties voines, comme d'autres fois l'immobilité de la matrice résulte de son enclavement dans une sorte d'anneau plus ou moins épais et plus ou moins complet.

Enfin, en combinant la palpation abdominale avec le toucher vaginal ou rectal, on apprécie l'étendue, l'épaisseur et la consistance des parties enflammées, d'une manière encore plus exacte et plus complète; pourvu cependant que les parois du ventre ne soient ni trop épaisses ni trop résistantes. C'est également par cette combinaison de la palpation et du toucher qu'on parvient à saisir dans la tumeur la présence du pus, lorsqu'il en existe déjà. Ce n'est pas qu'une véritable fluctuation soit toujours appréciable dans les cas de ce genre; mais la tumeur donne alors, entre les deux mains qui la pressent, une sensation d'élasticité qui est caractéristique pour un doigt exercé. L'association du toucher rectal au toucher vaginal fournit des résultats analogues pour les tumeurs qui, placées derrière l'utérus, ne sont pas accessibles à travers les parois abdominales. J'ai vu Récamier se servir très-heureusement de ce double toucher pour y reconnaître la suppuration.

Aux accidents en quelque sorte continus qui traduisent l'existence de l'inflammation péri-utérine chronique, aux petits redoublements que nous avons signalés plus haut, il peut s'ajouter de temps en temps; aux époques des règles le plus souvent, ou bien à des inter-

valles moins réguliers, et par le fait principalement de la reprise du travail habituel ou des rapports sexuels, de véritables exacerbations, des espèces d'accès avec redoublements inflammatoires déjà signalés par M. Nonat et bien décrits surtout par M. Gosselin (*Plegmon chronique avec redoublements inflammatoires*). Dans ces redoublements, les phénomènes ne diffèrent pas beaucoup de ce qu'ils sont à la période la plus aiguë, à cela près que les symptômes réactionnels sont un peu moins prononcés. L'altération quelquefois très-profonde des traits, le refroidissement de la peau, la concentration et l'état filiforme du pouls, les vomissements bilieux, le développement de la moitié inférieure du ventre pourraient faire croire, dans certains cas, à des accidents plus graves que ceux qui existent réellement. Mais les antécédents de la malade, l'existence, à une époque antérieure, de phénomènes analogues à ceux qui existent aujourd'hui, la présence dans l'abdomen ou dans le bassin d'altérations d'une forme déterminée et de proportions tout à fait en désaccord avec l'origine si récente des accidents, fixent définitivement le diagnostic relativement à une inflammation péri-utérine chronique avec exacerbations. Ces phénomènes aigus ont en général une courte durée ; ils ne se prolongent guère plus de trois ou quatre jours, et rarement plus de huit ; ils se répètent quelquefois à des intervalles assez rapprochés, à l'époque des règles principalement, d'autres fois à des intervalles de trois mois, de six mois, d'une année, et le nombre de ces sortes d'attaques est quelquefois considérable dans le cours d'une inflammation péri-utérine chronique. Ces attaques aggravent sans doute la position des malades, mais pourtant beaucoup moins qu'on ne pourrait le supposer, et il est très-rare que les femmes succombent dans leur cours : j'ai même vu quelques femmes qui se sont parfaitement rétablies, au moins en apparence, après des exacerbations qui semblaient mettre leurs jours en danger...

Comme dans l'ovarite aiguë ou dans l'inflammation aiguë de la trompe, l'acuité des accidents est un élément très-important à considérer dans la portée que l'on peut donner à certains moyens. Autant, dans l'inflammation péri-utérine suraiguë, il faut employer largement les émissions sanguines et les réitérer dans un temps très-court, autant, lorsque les accidents ne présentent qu'une intensité médiocre, on peut se borner à des émissions sanguines modérées et pratiquées à des intervalles assez éloignés. Les sangsues et les ventouses atteignent parfaitement le but dans le premier cas, en les multipliant suffisamment, ou mieux encore en entretenant un écoulement de sang pendant plusieurs heures. Les saignées géné-

rales m'ont paru rarement nécessaires, et je ne puis, par conséquent, partager les convictions de M. Nonat, qui a donné, comme on sait, une si grande extension à l'emploi de ces émissions sanguines dans cette maladie. L'action des saignées locales doit toujours être soutenue par d'autres moyens, des cataplasmes émollients, des boissons délayantes, la diète, mais surtout par un repos absolu et par l'administration de l'extrait aqueux thébaïque à la dose de 5 centigrammes toutes les quatre ou six heures, jusqu'à production du calme ou du sommeil.

Il est rare qu'une première application de sangsues n'amène pas une grande amélioration : la fièvre diminue, le ventre est moins douloureux, souvent même la tumeur, lorsqu'il en existe d'appréciable à travers les parois de l'abdomen, a diminué de quelques travers de doigts; j'en ai vu même qui, du jour au lendemain, semblaient être rentrées dans la cavité pelvienne. Il ne faut pas cependant se fier à cette amélioration : tant que la douleur reste encore vive à la palpation abdominale, tant que le vagin conserve une chaleur élevée et la tumeur sa consistance, l'indication existe de revenir aux émissions sanguines, et c'est ainsi que j'ai été conduit, dans plusieurs cas, à revenir trois ou quatre jours de suite à des applications de sangsues ou de ventouses, tout en continuant les émollients et l'opium à haute dose. Pour ne pas trop affaiblir les malades, il convient de diminuer de jour en jour le nombre des sangsues ou des ventouses.

Si je n'ai pas parlé des applications de sangsues sur le col dans l'inflammation péri-utérine, ce n'est pas que je n'attache une grande importance à cette pratique, qui rend certainement beaucoup plus de services que le même nombre de sangsues ou de ventouses appliquées à l'extérieur, loin de toute communication avec les parties malades; mais toutes les fois que l'inflammation péri-utérine est très-aiguë, l'introduction du spéculum, indispensable pour l'application des sangsues, est une opération très-douloureuse, sans parler des douleurs produites par la recherche du col, qui occupe souvent des positions anomales, et qu'il est même quelquefois très-difficile de saisir; aussi ai-je été conduit à réserver les applications de sangsues sur le col pour les cas d'intensité moyenne.

Quelque remarquable que puisse être le calme produit par une seule émission sanguine locale ou par plusieurs, ce serait à tort qu'on considérerait les malades comme guéries, et qu'on voudrait leur permettre de reprendre leurs occupations. Avant peu, une rechute grave viendrait détromper la malade et le médecin. A ce mo-

ment commence l'indication des mercuriaux : à l'extérieur, des frictions mercurielles simples ou belladonées faites largement et plusieurs fois par jour; à l'intérieur, l'administration du calomel associé à l'opium. Mais il ne faut pas se borner à ces seuls moyens : l'inflammation et la douleur doivent être poursuivies par les cataplasmes émollients, un peu chauds, les injections tièdes émollientes ou calmantes, et surtout par les biens tièdes et les lavements. Les bains entiers tièdes sont toujours suivis d'un grand soulagement; bientôt cependant il faut les remplacer par les bains de siége, parce qu'ils affaiblissent considérablement les malades. Les lavements ont de très-grands avantages, parce qu'ils empêchent la constipation et les efforts toujours si douloureux de la défécation, peut-être aussi par l'action émolliente qu'ils exercent à distance sur les organes enflammés du petit bassin. Malheureusement, il est une circonstance qui en rend l'emploi inutile et même fâcheux pour les malades, c'est que la tumeur, se portant souvent en arrière vers le rectum, comprime et affaisse celui-ci de manière à ne permettre que très-difficilement l'introduction du liquide dans l'intestin, et surtout son arrivée dans les parties un peu élevées du canal intestinal. C'est dans ces circonstances que je me suis très-bien trouvé d'introduire lentement et avec douceur une grosse sonde de gomme élastique à une profondeur suffisante pour être certain que l'on est parvenu au-dessus des parties enflammées. Porté à travers cette sonde de gomme élastique, le liquide du lavement ne fait éprouver aucune douleur, et l'on a ainsi, sans inconvénients, tous les avantages de cette pratique.

La salivation mercurielle est une chose dont on se préoccupe généralement beaucoup; elle n'est cependant pas à craindre, mais plutôt à désirer. En effet, dès que la salivation est établie, les accidents sont toujours enrayés, et les malades voient disparaître les phénomènes abdominaux au profit de l'inflammation de la bouche, que l'on doit laisser durer pendant quelques jours, prêt à intervenir si cette inflammation devient trop vive ou trop douloureuse. Le malheur, c'est que cette salivation survient fort rarement; et s'il est des cas dans lesquels l'amélioration se montre d'une manière assez marquée à la suite de l'emploi des mercuriaux, pour qu'on ne puisse pas leur en refuser l'honneur indépendamment de toute salivation, si même, comme je l'ai vu dans deux cas, l'amélioration, coïncidant avec un léger degré de ptyalisme, a persisté malgré la disparition de celui-ci, le fait est que, dans le plus grand nombre de cas, c'est par la salivation que l'amélioration se déclare, et si la salivation ne

survient pas, l'amélioration manque et l'on peut craindre la suppuration.

Plus encore pour l'inflammation péri-utérine que pour l'inflammation de l'ovaire ou de la trompe, il reste au médecin, une première amélioration obtenue, à poursuivre la disparition des matériaux plastiques qui forment la tumeur péri-utérine. Mais avant d'indiquer les règles de traitement qui sont applicables à cette phase de la maladie, nous avons à insister sur les différences que présente le traitement dans la forme médiocrement intense, ou plutôt dans les formes où les phénomènes locaux occupent la première place, avec une intensité qui varie elle-même dans de grandes limites. C'est ici que triomphent véritablement les applications de sangsues sur le col; seulement, l'intensité moindre des accidents permet au médecin de prendre son temps et de suivre la marche des accidents pour précipiter plus ou moins son traitement. Que le soulagement ait été ou non immédiat, qu'il ait été ou non considérable à la suite de la première application de sangsues, il convient d'attendre quelques jours avant d'y revenir; et, dans l'intervalle, les malades doivent être soumises à l'emploi persévérant et prolongé des émollients sous toutes les formes : bains entiers, bains de siége, lavements, injections, irrigations, cataplasmes, sans parler de quelques purgatifs de temps en temps, du repos absolu au lit, et d'une alimentation très-peu substantielle. L'administration de l'opium à haute dose n'est pas toujours nécessaire dans les cas de ce genre : une pilule ou deux d'extrait aqueux thébaïque de 5 centigrammes, en voilà autant qu'il en faut généralement pour procurer du sommeil, ce qui ne veut pas dire cependant qu'on ne soit pas quelquefois obligé d'administrer l'opium à haute dose. Aussi bien, l'on peut remplacer avec avantage les opiacés, dans beaucoup de cas, par des onctions, des frictions, ou des fomentations anodines faites sur l'abdomen, avec l'huile de camomille saturée de camphre, par exemple. Ce que je viens de dire des opiacés, je le dirai également des mercuriaux, dont on peut se passer quelquefois, mais non toujours.

J'ai employé, dans quelques cas d'inflammation péri-utérine avec accidents d'une intensité médiocre, un traitement qui m'a rendu de très-grands services, et qui repose sur l'association des émissions sanguines locales avec le bain d'étuve sèche et la douche générale froide à la suite : une application de sangsues sur le col en commençant, et, dès le lendemain, l'emploi des sudations à la lampe, suivies de douches froides générales, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours. Ce traitement m'a réussi quelquefois

d'une manière très-remarquable, les produits inflammatoires se résorbant avec une grande rapidité, et les malades passant d'un état de santé précaire à une santé des plus florissantes. Mais pour que ce traitement donne un pareil résultat, il faut que l'inflammation ait été arrêtée dans sa marche par l'émission sanguine, sans quoi la sudation a pour résultat de réveiller les accidents et de les rendre plus aigus. Ce n'est donc pas là une méthode générale de traitement de l'inflammation péri-utérine; c'est seulement un traitement applicable à quelques cas particuliers d'une acuité médiocre, et chez des personnes peu irritables.

Je l'ai dit il n'y a qu'un instant, lorsque les accidents inflammatoires sont calmés, une nouvelle et importante indication se présente : il s'agit de faire disparaître les produits plastiques épanchés, à l'aide des moyens dits résolutifs, des vésicatoires volants, des frictions iodées ou iodurées, des badigeonnages avec la teinture d'iode pure. De tous ces moyens, les vésicatoires sont les meilleurs; car, en même temps qu'ils favorisent la reprise des matériaux plastiques déposés dans l'abdomen, ils travaillent à assurer d'une manière définitive l'extinction du travail inflammatoire.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, cependant, c'est qu'il est des limites à l'emploi de ces moyens résolutifs, et qu'on court grand risque de ne pas en obtenir tout ce qu'on en espère, si l'on ne vient pas en aide au travail résolutif par d'autres moyens qui, tout en agissant dans le même sens, soutiennent et réparent les forces de l'organisme : les bains de siége ou les bains entiers alcalins ou salins tièdes, prolongés, les toniques et les ferrugineux, une bonne alimentation, le transport à la campagne, si la saison et les convenances des malades le permettent, les eaux minérales, les eaux alcalines ou chlorurées sodiques principalement, Plombières, Ems, Soden, et, lorsque les malades ne peuvent se rendre aux eaux minérales, quelques-unes des pratiques hydrothérapiques, les lavages à l'eau froide, les compresses calmantes, les bains de siége froids. On parvient ainsi à faire disparaître ce qui reste de l'inflammation; mais il faut plusieurs mois, il faut le retour plusieurs fois répété des règles se montrant faciles, régulières et sans douleurs, n'apportant aucune aggravation aux accidents, pour affirmer une guérison véritable et de nature à permettre à la malade de revenir à ses occupations anciennes et aux habitudes de la vie commune.

Ce n'est pas du reste à la disparition complète des lésions anatomiques qu'il faut mesurer la guérison, mais bien à la disparition des troubles généraux, au retour de la santé et du bien-être. Im-

possible de savoir d'avance quelle peut être la durée du temps nécessaire à la cessation des graves désordres qui se produisent ainsi vers le système utérin, d'autant plus que, comme les faits que je vous ai signalés plus haut tendent à le montrer, rien ne prouve que la résolution soit jamais complète. Peu importe, par conséquent, que l'utérus reste plus ou moins dévié, incliné dans tel ou tel sens, infléchi même dans tel ou tel autre. Si toute douleur est éteinte vers le système utérin, si la palpation abdominale ou le toucher pratiqués avec précaution ne parviennent pas à en développer, si le vagin et l'utérus ont leur température normale, si le travail de la menstruation lui-même s'accomplit dans des conditions complètes et régulières, c'est que la guérison est réelle ; et l'on comprend par là dans quelle erreur se trouvaient les médecins qui ont cherché, par des moyens mécaniques, à corriger des lésions de situation qui ne pouvaient disparaître que par le fait d'un travail de longue durée, effectué par la nature elle-même.

Entre l'inflammation péri-utérine arrivée à la période de réparation, et dans laquelle il existe encore autour de l'utérus des traces souvent très-importantes de l'inflammation antérieure, des dépôts plastiques, des adhérences, des brides pseudo-membraneuses, etc., et l'inflammation péri-utérine chronique, il semble, de prime abord, qu'il n'existe aucune différence ; cependant les différences sont grandes et nombreuses. Dans la première, le travail inflammatoire est complétement éteint, non-seulement dans le péritoine, mais encore dans les annexes de l'utérus qui en étaient le point de départ; dans la première, la nature travaille activement et efficacement à l'organisation et par suite à la disparition des produits morbides; dans la seconde, l'inflammation peut être éteinte, bien qu'elle ne le soit pas toujours, dans le péritoine ; mais les altérations de l'ovaire et de la trompe sont encore dans toute leur activité, et la marche de la maladie est plutôt destructrice que réparatrice.

On ne peut donc pas se borner par conséquent à poursuivre l'absorption ou l'organisation des produits plastiques épanchés ; il faut éteindre, par tous les moyens possibles, le foyer inflammatoire intérieur, et ce n'est pas trop de toutes les ressources dont j'ai déjà parlé pour venir à bout d'une pareille tâche. On s'étonnera peut-être d'une rigueur aussi grande apportée dans le traitement de l'inflammation péri-utérine chronique. N'y a-t-il pas effectivement des cas dans lesquels les accidents paraissent avoir une intensité médiocre, de sorte que l'on serait disposé à croire que le succès pourrait être acheté à moins de frais ?

L'examen de la marche de la maladie, les exacerbations irrégulières ou périodiques qu'elle éprouve de temps en temps, la gravité et le danger dont sont entourées ces exacerbations, et, par-dessus tout, les périls que fait courir dans l'avenir la présence de cette affection, tout se réunit cependant pour imposer comme un devoir au médecin de poursuivre énergiquement la disparition de l'inflammation péri-utérine chronique, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus que le squelette, c'est-à-dire les brides et les adhérences, dernières traces de son passage. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau procédé pour la préparation de la limonade au citrate de magnésie.

La préparation de la limonade magnésienne, médicament qui a conquis une si grande vogue, quoique étudiée par des chimistes distingués, laisse encore à désirer. Ce que la pratique réclame encore, surtout dans les officines qui n'ont pas un grand débit, c'est un mode opératoire qui lui permette de conserver ces limonades très-transparentes pendant plusieurs mois. Nous trouvons dans un rapport fait à la Société de pharmacie la mention d'un procédé qui aurait pour but de combler ce *desideratum*.

Le mode opératoire que nous allons décrire maintenant, dit M. Lefort, et le mieux possible afin de guider sûrement les pharmaciens qui voudront l'adopter, est le même que celui de M. Lalouet, une pratique de près d'une année nous ayant convaincu des bons résultats qu'il produit. Voici d'abord les formules des limonades à différents degrés, le poids des matières premières étant exprimé en nombres ronds pour former du citrate de magnésie à 12 équivalents d'eau.

1° Limonade à 30 grammes.

Acide nitrique en cristaux	11 grammes.
Magnésie blanche	12 grammes.

2° Limonade à 40 grammes.

Acide citrique	17 grammes.
Magnésie blanche	16 grammes.

3° Limonade à 45 grammes.

Acide citrique	20 grammes.
Magnésie blanche	18 grammes.

4° Limonade à 50 grammes.

Acide citrique..........................	24 grammes.
Magnésie blanche........................	21 grammes.

5° Limonade à 60 grammes.

Acide citrique..........................	28 grammes.
Magnésie blanche........................	24 grammes.

On délaye le carbonate de magnésie dans un mortier avec 250 ou 500 grammes d'eau, suivant que l'on veut obtenir une demi-bouteille ou une bouteille de limonade. Le mélange est introduit dans une bouteille dite à eau de Seltz, en verre très-résistant; on y met l'acide citrique en cristaux, on bouche le vase avec soin et on maintient le bouchon à l'aide d'une ficelle ou mieux avec un serre-bouchon qui peut ainsi servir très-longtemps.

Après six, huit, dix heures, selon la force de la limonade et la qualité du carbonate de magnésie employé, tout le carbonate de magnésie a disparu ou à peu près, et les bouteilles sont conservées à la cave. Une précaution très-importante consiste à boucher avec soin les bouteilles, afin d'emprisonner tout le gaz carbonique; sans cela il reste un peu de carbonate de magnésie insoluble.

La réaction que nous venons de décrire a pour but, ainsi que nous l'avons déjà rappelé, de former du citrate de magnésie tribasique et du bicarbonate de magnésie, l'un et l'autre solubles. L'équation, du reste, rend parfaitement compte de ce qui se passe dans cette circonstance.

$$\overline{Ci} + 5(CO^2), 4(MgO), Aq = \overline{Ci}, 3Mgo + 2(CO^2), MgO + CO^2.$$

Tout pharmacien peut ainsi préparer à l'avance un certain nombre de bouteilles de ces solutions qui se conservent presque indéfiniment, en prenant le soin d'indiquer sur chacune d'elles si elles sont pour les limonades à 30, 40, 45, 50 ou 60 grammes. Ces solutions sont aux limonades ce que les sucs conservés sont aux sirops de fruits.

Maintenant, pour obtenir une limonade, on débouche une bouteille, on jette la solution très-gazeuse sur un filtre et on reçoit le liquide dans une autre bouteille contenant, quelle que soit la proportion du citrate de magnésie, 8 grammes d'acide citrique en cristaux et 60 grammes d'un sirop quelconque, mais non clarifié avec du blanc d'œuf. Comme le sirop garantit les cristaux d'acide du contact du liquide, on peut filtrer toute la solution de citrate et de bicarbonate de magnésie sans qu'il se dégage de l'acide carbonique

provenant du dernier de ces sels. On achève de remplir le vase avec de l'eau ordinaire, on le bouche avec soin et on fixe le bouchon à l'aide d'une ficelle disposée en croix. En retournant le vase, le sirop se délaye dans la solution saline, l'acide citrique décompose tout le bicarbonate de magnésie en reformant du citrate de magnésie, et l'acide carbonique mis en liberté se dissout dans le liquide par la forte pression à laquelle il est soumis.

Il nous a été donné de voir qu'en se servant des solutions préparées à l'avance de citrate et de bicarbonate de magnésie, on ne mettait pas plus de temps pour préparer une limonade qu'une potion très-simple. D'une autre part, rien ne s'oppose à ce qu'on obtienne quelques limonades à l'avance, puisqu'elles peuvent se conserver pendant un mois et demi ou deux mois sans se troubler, surtout en hiver, et qu'elles sont bien bouchées. C'est par le fait tout ce qu'on peut exiger d'un médicament de cette nature.

Opiat contre la blennorrhagie.

Dans un article sur le traitement de la blennorrhagie publié dans le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, M. le docteur Clerc recommande l'emploi de la formule suivante :

Pr. Cubèbe	60 grammes.
Copahu	20 grammes.
Cachou en poudre	5 grammes.
Conserve de roses	Q. S.

Le malade prend, deux fois par jour, gros comme une noisette de ce mélange dans du pain azyme. On peut encore diviser l'opiat en 80 bols ; le malade en prend de 4 à 6 par jour.

Remarques sur le cérat officinal parfumé à l'amande amère. — Un mot sur le cérat laudanisé.

Dans le *Formulaire* qui fait suite à mon Traité des saccharolés, publié il y a dix années dans le Journal de Pharmacie et de Chimie (novembre 1849), j'ai recommandé d'employer l'huile volatile d'amande amère pour aromatiser le cérat. Les raisons qui me font préférer cette huile volatile à l'eau de rose sont faciles à énoncer. L'odeur qui se dégage pendant le pansement des plaies avec du cérat aromatisé à l'huile volatile d'amande amère est bien moins désagréable que celle que l'on perçoit lorsqu'on emploie le cérat aromatisé avec de l'eau de rose, et la petite quantité d'huile volatile d'amande amère qui entre dans le cérat ne peut exercer et n'exerce réellement aucune action redoutable. Aussi, ai-je été on ne peut

plus surpris de lire dans une note de M. Stanislas Martin, insérée dans le numéro du 30 juin du *Bulletin de Thérapeutique,* que l'addition d'huile volatile des amandes amères a des inconvénients qu'il est convenable de signaler. « En effet, dit-il, si on ajoute à du cérat ainsi parfumé quelques gouttes de sous-acétate de plomb, le mélange prend après six heures de contact une coloration jaune si intense qu'on est en droit de dire qu'il y a erreur ; il faut en attribuer la cause à l'acide cyanhydrique que retient toujours l'essence d'amande amère. Cet acide, se combinant au plomb, forme un cyanure de plomb. »

Ma surprise a été tellement grande que je ne comprends pas comment l'auteur a pu opérer pour obtenir un semblable résultat, car le cérat dans lequel il entre de l'huile volatile d'amande amère n'éprouve jamais d'altération sous l'influence du sous-acétate de plomb. J'ai préparé ce cérat pendant un grand nombre d'années, et je n'ai rien remarqué de semblable ; j'en ai préparé encore depuis cette publication, et le cérat n'a pas éprouvé la moindre modification. L'auteur attribue la coloration du cérat à l'acide cyanhydrique qui se transforme en cyanure de plomb ; mais le cyanure de plomb n'est nullement jaune : il est blanc.

Je sais parfaitement que si l'on substitue l'essence de mirbane à l'essence d'amande amère, le cérat de Saturne se colore un peu, et que si l'on prépare du cérat avec de l'huile décolorée par le charbon animal, le cérat de Saturne prend promptement une couleur orangée plus ou moins foncée, car j'ai recommandé cette dernière réaction aux pharmaciens, pour reconnaître les huiles grasses qui ont été décolorées avec du charbon animal. Je n'ai pas encore fait d'expériences pour expliquer la coloration de ces huiles.

L'auteur termine sa note en se demandant si le cérat aromatisé avec de l'huile volatile d'amande amère doit être exclu de la thérapeutique, et il répond : « Nous disons oui, s'il doit être appliqué sur des plaies ; car il est possible, quoique l'acide cyanhydrique se trouve en très-petite quantité dans le médicament, qu'il ait sur elles une action modificatrice bonne ou mauvaise, qu'il n'appartient pas au pharmacien de provoquer. » Je termine la mienne en disant : Le sous-acétate de plomb ne colore jamais le cérat aromatisé avec l'huile volatile d'amande amère. La coloration peut provenir de ce que l'on substitue l'essence de mirbane à l'huile d'amande amère ou de l'huile décolorée avec du charbon animal à de l'huile naturelle, etc., etc. L'huile volatile d'amande amère pure ne contient point d'acide cyanhydrique ; le cyanure de plomb est blanc et

sa formation ne peut expliquer la coloration du cérat. Enfin, il est à regretter que l'auteur de cette note n'ait pas commencé par doser l'acide cyanhydrique que l'on peut extraire de l'huile volatile d'amande amère pure, car il aurait certainement formulé une autre conclusion.

Puisque nous parlons de cérat, qu'il me soit permis encore d'attirer l'attention des médecins sur le cérat laudanisé. Le Codex fait préparer ce cérat en ajoutant 4 grammes de laudanum à 32 grammes de cérat, soit 36 grammes. J'ai proposé de modifier cette formule en employant 36 grammes de cérat et 4 grammes de laudanum, afin que 1 gramme de cérat contienne 10 centigrammes de laudanum. En thèse générale, cette formule peut être conservée dans la plus grande partie des cas; mais je pense que le médecin devrait la modifier toutes les fois que ce cérat doit être employé sur des plaies de grandes dimensions. Lorsque les plaies n'ont que peu de diamètre, les effets ne peuvent être nuisibles, mais si elles sont considérables, comme dans les brûlures, par exemple, où pour un pansement on emploie souvent 100, 200 et 300 grammes de cérat laudanisé, le malade se trouve naturellement, après chaque pansement, sous l'influence de la dose de 10, 20 et 30 grammes de laudanum. On pourrait répondre à cette observation que les plaies des brûlures n'ont pas un pouvoir absorbant aussi intense que les autres plaies; mais j'ai reconnu, cependant, que certains malades étaient narcotisés. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des médicaments composés. Action corrective de l'opium [1].

J'arrive maintenant aux médicaments tirés du règne végétal.

Colchique. — J'ai montré dans la deuxième lettre que le vin et la teinture de semences de colchique perdent jusqu'à un certain point leurs propriétés délétères, et gagnent singulièrement en vertu thérapeutique lorsqu'on y ajoute une dose convenable d'opium. Pour éviter des répétitions, je renvoie à ce que j'ai dit dans la deuxième et la quatrième lettres. Permettez-moi seulement une observation. Je suis persuadé que la vératrine, qui est actuellement fort en vogue en France et qui a tant d'analogie avec la colchicine, aurait une action plus prononcée encore si on l'associait à l'opium.

[1] Voir la livraison précédente, p. 26.

Ipécacuana. — La racine d'ipéca entre, de concert avec l'opium, pour une part essentielle dans la composition de la poudre de Dower. L'action de ce médicament est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici. Le décocté d'ipéca, avec 5 ou 6 centigrammes d'extrait d'opium, est un moyen très-usité dans le traitement de la diarrhée catarrhale ou rhumatismale. Une formule également fort efficace dans cette affection est celle-ci : teinture d'opium, teinture de cannelle, *ana*, 3 ; teinture de noix vomique 1. Pr. de 10 à 20 gouttes par jour.

Quinquina et quinine. — Talbot, Nigrisol, Pitcairne, Hellwig et d'autres praticiens encore donnaient autrefois le quinquina uni à l'opium dans la fièvre intermittente, et M. Geletnecki préfère même ce mélange au sulfate de quinine employé isolément. Pour ma part, j'ai toujours administré avec succès un mélange de quinine et d'opium dans lequel il n'y avait jamais plus de 12 à 18 centigrammes de quinine par dose. Mais comme les fièvres intermittentes sont rares tant à Würzbourg qu'à Passau et à Kronach, et que par conséquent mes observations personnelles ne sont pas nombreuses, j'invoquerai le témoignage de quelques autres observateurs. M. Hannon (¹) affirme qu'une addition d'opium augmente puissamment les propriétés thérapeutiques de la quinine, et que dans ce mélange il ne faut que des quantités relativement très-petites de cette dernière substance (24 centigrammes par dose) pour guérir la fièvre intermittente. Pendant son séjour en Algérie, M. Cordier a constaté le même fait, quoiqu'il n'ait employé la quinine unie à l'opium que dans certaines circonstances, de sorte qu'il n'a pu apprécier toute la valeur de ce moyen. M. Mahlmeister, chirurgien d'état-major bavarois, a observé, dans les hôpitaux militaires de Landau et de Germersheim, qu'un mélange de quinine, d'opium et de tartre stibié possède une action plus efficace encore dans la fièvre intermittente que la quinine unie seulement à l'opium (²). J'ai eu fréquemment occasion de traiter des névroses typiques (fièvres intermittentes larvées), et dans ces cas aussi j'ai pu constater la vérité de la proposition formulée au commencement de cette lettre. Pour ne parler que d'une seule variété de ces intermittences afébriles, je vous dirai que j'ai observé quelques cas de céphalalgie périodique, rebelle à la quinine seule, où quelques prises de 12 centigrammes de sulfate de

(¹) Presse médicale belge, voyez *Canstatt's Jahresbericht, etc., fuer* 1852, Band IV, S. 143.

(²) L'expérience a prouvé qu'une addition de quinquina ou de quinine restreint fortement l'action spécifique du tartre stibié. F.

quinine et de 8 milligrammes d'acétate de morphine suffirent pour faire disparaître toute trace de l'affection. Je faisais prendre une première dose de trois à cinq heures et une autre immédiatement avant l'accès, et je ne me rappelle pas avoir été obligé de donner plus de quatre prises pour amener une guérison durable.

En résumant les résultats des observations faites tant par moi-même que par d'autres praticiens, j'arrive à la conclusion que les fièvres intermittentes, avec ou sans mouvement fébrile, cèdent plus rapidement et plus sûrement à la quinine donnée à doses relativement faibles, mais associée à l'opium ou à la morphine, qu'à l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses. Ce fait a une haute importance, non-seulement au point de vue théorique, mais encore sous le rapport financier. La consommation de la quinine serait réduite considérablement, et j'ai calculé qu'en France seulement on ferait chaque année une économie d'au moins 300,000 francs. Notez encore qu'elle deviendrait accessible aux pauvres et que, étant moins recherchée, elle devrait nécessairement baisser de prix. En dernier lieu, enfin, il ne faut pas oublier que les trop fortes doses de quinine ne sont pas sans danger pour les malades. M. Bailly (¹) a prouvé, comme vous savez, qu'elles ont déterminé la diarrhée, la colique, des accidents épileptiques, des paralysies, la cécité ou la surdité ou ces deux états réunis, et que dans douze cas la mort en a été la conséquence. M. Goez (²), médecin à Tarutino en Bessarabie, dit avoir observé, comme effets consécutifs à l'intoxication quinique, des troubles dans les fonctions du système hépatique, stase veineuse dans la rate et le poumon, affections du cœur, dégénérescence du tissu musculaire, altération du sang et hydropisie comme conséquence physiologique. Je vous prie, mon cher ami, de faire votre possible pour que ma proposition, sur l'action corrective de l'opium, soit examinée sans prévention par nos confrères français.

Pour le moment je ne saurais dire positivement qu'une addition de tartre stibié ou de sulfate de cuivre augmente les propriétés thérapeutiques de la quinine; je n'en doute pas cependant, car d'un côté les observations de M. Mahlmeister parlent en faveur de l'action du tartre stibié, et moi-même j'ai traité avec un succès remarquable quelques cas de fièvre intermittente par l'emploi de la quinine unie à l'opium et au tartre stibié. On pourrait d'ailleurs se fonder

(¹) Gazette médicale de Paris, 1851, nº 9.
(²) *Medizinische Zeitung Russlands*, 1851, nº 41.

sur l'analogie, car nous avons vu que le sublimé rend plus puissante l'action de la teinture opiacée de colchique.

La quinine, mise en usage dans des maladies autres que la fièvre intermittente, devient-elle également plus efficace lorsqu'on y ajoute un peu d'opium? Je réponds affirmativement, et je le prouverai quant au rhumatisme articulaire aigu et à quelques névroses. En France on a expérimenté cette substance dans le rhumatisme articulaire aigu, mais les résultats n'ont pas été très-favorables, comme vous le savez; dans un cas même, l'expérimentation fut fatale. Voici une observation plus favorable à cette association; elle a été publiée par M. Boscher (1), de Saalgau, dans le Würtemberg. Un commis voyageur est pris, le 11 juillet, de rhumatisme articulaire aigu; l'affection débute par le genou gauche. M. Boscher prescrit une saignée, une potion au nitrate de potasse, au tartre stibié et au laudanum de Sydenham, et des frictions avec une masse composée d'onguent mercuriel et de liniment volatil camphré. Ce traitement n'est suivi d'aucun résultat; le mal ne fait qu'empirer, et le 13 juillet le malade se trouve dans l'état suivant : le genou gauche, les articulations huméro-cubitales et radio-carpiennes des deux côtés et l'articulation scapulo-humérale droite sont affectés, la douleur est intolérable et tout mouvement impossible. M. Boscher ordonne un mélange de sulfate de quinine (1,25) et d'opium (0,18), divisé en trois prises, que le malade doit prendre dans le courant de la journée. A neuf heures du soir, une heure après l'administration du dernier paquet, il survient un léger délire (quinique); plus tard se déclare une transpiration abondante qui est suivie d'un sommeil tranquille. A deux heures du matin, les articulations des poignets deviennent libres, la transpiration continue toujours, et à huit heures le mouvement s'est rétabli dans toutes les articulations malades; elles ne sont plus que légèrement enflées et un peu douloureuses; le pouls tombe de 112 à 82. Le malade commence alors à prendre toutes les heures une cuillerée de la potion suivante : sulfate de quinine, 1,25; acide tartrique, 0,30, dans 220 grammes de véhicule; et le 15 juillet il était complétement rétabli. L'irritation du canal intestinal, causée par la quinine, disparut au bout de vingt-quatre heures, de sorte que le voyageur put se remettre en route le 16 juillet.

M. Pissling (2) affirme avoir guéri, par l'emploi de la quinine as-

(1) *Medizinisches Correspondenzblatt des würtembergischen aerztlichen Vereins*, 1852, n° 19 *Canstatt's Jahresbericht fuer* 1852, Band IV, S. 118.

(2) *Zeitschrift des Vereins Wiener Aerzte*, juin 1852.

sociée à la morphine, la gastralgie, la chorée, l'atrophonévrose de la face compliquée de prosopalgie et différentes autres névralgies. Dans la chorée il employait simultanément encore des fomentations et des ablutions avec l'eau froide. Dans la coxalgie des enfants, M. Nelson Nivison [1] a obtenu une guérison complète dans l'espace de quinze jours à trois semaines, en faisant prendre toutes les six heures une pilule (quelquefois il en donnait deux) contenant 5 centigrammes de sulfate de quinine et 1 centigramme d'extrait d'opium.

Camphre. — L'influence que l'opium exerce sur l'action du camphre a été constatée par M. Chrétien [2]. Il a trouvé des frictions avec : camphre, 2; opium, 0,60; alcool, 128, très-efficaces dans la ménostase, la fièvre intermittente et les affections rhumatismales.

Narcotiques. — M. Clertan [3], de Dijon, a employé avec succès le sulfate de morphine uni à l'extrait alcoolique d'aconit, dans le traitement du rhumatisme articulaire. Des expériences répétées lui ont fait voir que ces deux substances, administrées l'une sans l'autre, avaient à la vérité une action salutaire dans cette maladie (la morphine lui a paru plus efficace que l'extrait d'aconit), mais que cette action n'était pas aussi marquée que celle du mélange des deux médicaments.

M. Poggioli [4] rapporte que la morphine, associée à la belladone et à la stramoine, lui a rendu de grands services dans le traitement de la prosopalgie et de la sciatique, de sorte qu'il regarde ce composé comme une espèce de spécifique. Cet observateur avait aussi remarqué qu'un mélange de plusieurs narcotiques exerce une action thérapeutique plus prononcée que chacune de ces substances administrée isolément. Mon ami, M. le docteur d'Alquen, à Londres, a fait la même observation.

Je pense que ces faits suffiront pour démontrer la vérité de ma proposition :

« L'opium modère l'action toxique de tous les médicaments héroiques et en augmente les propriétés thérapeutiques. » Il y a plus de vingt ans que j'ai découvert cette propriété particulière de l'opium, et je l'ai constatée depuis par les expériences les plus variées.

---

(1) Revue médicale, 15 avril 1856.
(2) Revue de thérapeutique, 15 octobre 1853.
(3) Journal des connaissances médicales, août 1852.
(4) Bulletin de l'Académie de médecine, t. XVIII, p. 352.

Il est fort probable que d'autres substances médicamenteuses possèdent une vertu analogue à celle de l'opium ; ainsi, nous savons déjà que le quinquina modère l'action spécifique du tartre stibié, et que ce dernier moyen lui-même limite la propriété que possède l'opium d'occasionner des congestions cérébrales. Cette influence réciproque des substances pharmaceutiques dépend certainement de lois générales qui nous sont encore inconnues. Puisse une génération plus heureuse arriver bientôt à les découvrir! Ce que nous savons déjà ne satisfait en aucune manière aux exigences de la science, mais nous pouvons au moins l'utiliser dans la pratique au profit de l'humanité.

EISENMANN, D.-M.,
à Würzbourg (Bavière).

BULLETIN DES HOPITAUX.

NOUVEAU MOYEN DE DÉSINFECTION ET DE PANSEMENT DES PLAIES. — M. Velpeau, dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, a présenté, au nom de M. le docteur Demeaux et de M. Corne, une note sur un nouvel agent de désinfection qui paraît appelé à rendre des services à la chirurgie et à l'hygiène publique. Voici cette note, dans laquelle les auteurs ont formulé en proposition les faits qui, pour la plupart, ont été contrôlés à la clinique chirurgicale de la Charité par le savant professeur :

1° Une plaie gangréneuse fournissant une suppuration abondante et fétide, soumise à ce mode de pansement, est à l'instant même débarrassée de toute odeur désagréable; 2° après un laps de temps de vingt-quatre et même de trente-six heures, les pièces d'appareil d'une fracture compliquée de plaie de mauvaise nature n'exhalent pas plus d'odeur qu'un appareil de fracture simple; 3° un cancer ulcéré, produisant une suppuration ichoreuse, avec cette fétidité qui lui est propre, soumis à ce mode de pansement, est à l'instant même, et pendant tout le temps que l'appareil reste en place, dépourvu d'odeur; 4° les ulcères des jambes, soumis à ce pansement, sont également dépourvus d'odeur; 5° des pièces d'appareil de pansement, des linges imbibés de pus fétide, des cataplasmes imprégnés de suppuration, mis en contact avec la substance désinfectante, perdent immédiatement toute odeur désagréable; 6° des liquides infects, des produits de gangrène, des caillots de sang décomposé, des tissus sphacélés, des débris de cadavres dans un état de putréfaction très-avancée, traités par ce mode, sont à l'instant même désinfectés.

L'action de la substance désinfectante semble arrêter le travail de décomposition; elle éloigne les insectes, et prévient sûrement la production des vers. Nous devons ajouter que ce procédé peut recevoir un grand nombre d'autres applications, que nous ne mentionnons pas ici.

Ces résultats vraiment merveilleux sont obtenus à l'aide de moyens simples, d'un emploi facile, et avec des substances qu'on trouve partout et à bas prix. La matière désinfectante coûterait, à Paris, un franc environ les 50 kilogrammes ; c'est une poudre de couleur grisâtre, plus ou moins foncée suivant la pureté des matières premières, et aussi suivant les proportions de l'une d'elles, exhalant une légère odeur bitumineuse; elle est composée comme suit :

Plâtre du commerce en poudre..............	100 kilogrammes.
Koaltar (produit de distillation de la houille)..	1 à 3 kilogrammes.

Le mélange de ces deux substances s'opère avec une grande facilité, soit à l'aide d'une matière, soit par tout moyen mécanique approprié à ce but.

L'application de cette substance au pansement des plaies nécessite une préparation particulière que nous devons signaler.

En délayant avec de l'huile d'olive une certaine quantité de poudre préparée d'après la formule ci-dessus, on obtient un produit dont la consistance, qui est celle d'une pâte, d'une pommade, d'un onguent, reste la même presque indéfiniment tant qu'elle est déposée dans un vase; ce mélange a une couleur brune foncée, et une odeur un peu bitumineuse. L'huile lie la poudre sans la dissoudre, de telle sorte que le nouveau produit, par l'élimination graduelle de l'huile, n'en conserve pas moins la propriété d'absorber le pus, dès qu'il se trouve mis en contact avec une plaie qui suppure. La consistance qu'acquièrent soit la poudre employée en nature, soit la pommade ci-dessus, n'est jamais telle qu'elle puisse causer au malade la moindre gêne, à la plaie le moindre accident.

L'application peut être médiate ou immédiate, suivant les cas, suivant le but qu'on veut atteindre. L'application immédiate sur les plaies ne produit aucune douleur, elle a même une action détersive, une influence favorable à la cicatrisation.

Ce mode de pansement a la double propriété de désinfecter le pus et les autres produits morbides, et de les absorber; cette dernière circonstance est d'une importance majeure, car elle dispense de charpie.

Nous avons la ferme conviction que cette application à la chi-

rurgie d'une découverte déjà faite depuis plusieurs mois est destinée à rendre de grands services à l'humanité, et que non-seulement la thérapeutique chirurgicale, mais encore l'hygiène publique et privée, l'anatomie normale et pathologique, la médecine légale, en retireront d'immenses avantages.

Enfin, dans les circonstances présentes, les malheureux blessés de notre vaillante armée d'Italie seraient préservés de l'influence funeste de la température et de l'encombrement, par l'emploi immédiat des moyens ci-dessus énoncés.

Cancer encéphaloïde du sein.— Ablation.— Récidive.—Chlorure de zinc. — Guérison.— Il s'accomplit en ce moment et par la force même des choses une réaction en faveur des caustiques, et nous ne le regrettons nullement, si cette réaction n'a pas pour résultat de faire perdre de vue les avantages que l'instrument tranchant offre dans certains cas. Qui oserait affirmer, en effet, que la modification profonde qui résulte de l'action des caustiques sur nos tissus n'est pas de nature à transformer les conditions qui favorisent la répullulation si fréquente de certaines affections après l'ablation ? Toujours est-il que l'emploi des caustiques semble être moins souvent suivi de récidives que celui de l'instrument tranchant, et si un pareil résultat se confirmait, il constituerait certainement un des plus graves motifs de la généralisation de l'emploi des caustiques dans le traitement du cancer. Le fait suivant vient tout à fait à l'appui de cette manière de voir :

La femme D***, âgée de soixante-neuf ans, asthmatique, grosse, aux chairs pâles et molles, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 mai 1857 (salle Sainte-Marthe, n° 9) ; cette femme porte au sein droit une tumeur datant de plus de deux ans, grosse comme un œuf de poule, très-douloureuse, ulcérée, saignante, à bordures alternativement dures et molles, mobile, bien limitée. Ablation le 7 mai par M. Richet ; la tumeur semble revêtue dans tous ses points par une couche de tissu cellulo-graisseux. Pas de tendance à la suppuration dans les quatre premiers jours ; le cinquième un érysipèle se montre sur les bords de la plaie ; il cède dès le troisième jour à une application de perchlorure de fer matin et soir, à deux vomitifs et à un purgatif. La suppuration commence à s'établir; mais bientôt après des bourgeons rosés, de matière encéphaloïde, à surface large, disséminés et saillants, apparaissent. M. Follin fait sur toute la surface une application de pâte de Canquoin qu'on laisse cinq heures en place.

L'escarre tombe cinq jours après ; elle a 1 centimètre d'épais-

seur; au-dessous, la plaie est bourgeonnante; mais la matière encéphaloïde a conservé ses mêmes caractères; les bourgeons sont très-volumineux, surtout en dedans. Le 16, première application de charpie trempée dans une solution de chlorure de zinc au 100e; la surface rouge blanchit aussitôt; quelques légers picotements; les applications sont répétées très-souvent. Le 27, la plaie est plus rouge et plus vermeille; ramollissement de la surface des points carcinomateux; application de chlorure de zinc au 50e. Douleurs intolérables. Mêmes phénomènes de ramollissement des bourgeons; plaie saignante et de beaucoup rétrécie, bords rouges un peu indurés, légèrement renversés en dedans.

Le 28, application de charpie imbibée de solution au 100e. Plaie encore de beaucoup rétrécie, recouverte en bas, et surtout en dedans, où le cancer était le plus abondant, d'une couche grise, pultacée, tandis que la partie supérieure offre des bourgeons charnus qui lui donnent un aspect granuleux très-régulier; les bords toujours renversés en dedans; bord supérieur moins dur que l'inférieur. On continue les applications au 100e, et on y revient six et sept fois par jour, et même la nuit.

Le 8 juin, on constate que la plaie a pris une couleur vermeille de bonne apparence, et est réduite à moins du quart de sa surface; les bords renversés en dedans n'offrent pas d'induration marquée; enfin, on remarque un froncement rayonné de la peau tout autour de la plaie. Vers la partie inférieure, là où se trouvaient les bourgeons de matière encéphaloïde, il existe des couches grises pultacées qu'on enlève facilement avec l'ongle.

Le 13, la plaie est cicatrisée sur les bords dans une étendue d'un demi-centimètre; plus d'exfoliation sensible des bourgeons; suppuration presque nulle; plaie rétrécie et contractée de 5 centimètres sur 2; pas de douleurs; souplesse du sein et de ses bords.

Le 17, bourgeons irréguliers au fond de la plaie. Pansement avec la charpie imbibée de chlorure de zinc.

Le 18, cicatrisation presque complète en dedans et surtout en dehors; bourgeons toujours d'un rouge vif et d'un grain très-fin. On enlève sur les bords une croûte peu épaisse et large d'un demi-centimètre. Depuis lors, acheminement progressif et constant vers la guérison.

Le 25, la malade quitte l'hospice; il n'y a plus qu'un petit point en suppuration; tout le sein est parfaitement souple, même au niveau de la cicatrice; aucune douleur, même à la pression.

La malade a été revue au mois de décembre 1858, toujours guérie, à l'hôpital de la Salpêtrière, où elle a été admise dans ces derniers temps.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Blennorrhagie. *Modification nouvelle dans la manière d'administrer le traitement antiblennorrhagique.* Il ne s'agit ni d'un médicament nouveau ni d'une méthode nouvelle do traitement de la blennorrhagie, mais de l'application, au traitement le plus généralement adopté, d'un principe physiologique dont la thérapeutique pourrait tirer de très-grands avantages s'il était plus souvent pris en considération ; nous voulons parler du principe de la surbordination des doses médicamenteuses à la durée de leur action. Rapprocher l'administration des doses d'un médicament en raison de la durée d'action de chacune d'elles, de manière à maintenir en quelque sorte d'une manière constante l'économie sous leur influence, ou de les mettre constamment en rapport avec les surfaces malades s'il s'agit d'une action locale, tel est le principe dont M. Piorry nous paraît avoir fait une application heureuse en modifiant, comme il l'a fait, le traitement do la blennorrhagie. Voici en effet en quoi consiste cette modification.

M. Piorry prescrit, dans les blennorrhagies aiguës : 1° de faire toutes les heures une injection intra-urétrale avec la solution suivante :

Pr. Sulfate de zinc.. 1 gramme.
Eau distillée.... 206 grammes.

2° Toutes les fois que le malade viendra d'uriner, faire prendre immédiatement 10 grammes de poivre cubèbe dans du pain azyme.

Voici sur quelles données le professeur de la Charité fonde l'introduction de cette modification dans le traitement de la blennorrhagie.

On se rappelle peut-être ce fait remarquable que M. Ricord a eu l'occasion de constater chez deux malades affectés de fistule urétrale; sur un homme atteint d'hypospadias, il observa d'abord que, sous l'influence du copahu, la guérison eut lieu en peu de temps dans la portion du canal postérieure à la fistule, c'est-à-dire comprise entre la fistule et la vessie, et qui subissait par conséquent le contact de l'urine modifiée par cet agent; tandis que, au contraire, l'écoulement persista sur l'extrémité antérieure de la fistule qui ne donnait point passage à l'urine. Il fallut en venir aux injections pour amener la guérison de cette portion de l'urètre.

Ce fait, et quelques autres analogues connus dans la science, notamment cette observation faite par M. Hardy chez les femmes qui, lorsqu'elles ont à la fois une urétrite et une vaginite blennorrhagique, voient guérir rapidement l'uretrite sous l'influence de l'administration du copahu ou du cubèbe, tandis que la vaginite n'en est pas sensiblement influencée, démontrent effectivement l'influence modificatrice directe et locale des substances balsamiques sur l'état pathologique des muqueuses génitales. M. Piorry y a puisé l'indication de rapprocher plus qu'on ne le fait communément les doses de copahu ou de cubèbe, en prenant pour règle de l'administration de ces agents les périodes mêmes de la miction, de manière à s'assurer que l'urine s'est constamment chargée du principe médicamenteux. C'est d'après ces données qu'il a adopté en principe de prescrire aux malades de prendre 2 grammes de cubèbe toutes les fois qu'ils viennent d'uriner, au lieu de ne le donner que deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, comme on le fait généralement.

Un malade traité récemment de cette manière dans le service de la clinique de la Charité, après avoir vu sa blennorrhagie se modifier notablement de jour à jour, a été complétement guéri le douzième jour. (*Gazette des Hôpitaux,* juillet 1859.)

Colique saturnine. *Traitement dit de la Charité modifié.* M. le professeur Trousseau a modifié de la manière suivante le traitement de la colique de plomb, dit traitement de la Charité.

Le premier jour : eau de casse préparée avec les bâtons du fruit concassés avec les grains (62 grammes pour un litre d'eau). On fait bouillir un quart d'heure, on passe et on ajoute

au décocté : sulfate de magnésie, 32 grammes; émétique, 15 centigrammes; sirop de nerprun, 30 grammes. Le soir, une pilule de 5 centigrammes d'extrait de belladone.

Deuxième jour : lavement purgatif des peintres préparé avec 8 grammes de folioles de séné, que l'on fait infuser dans 500 grammes d'eau bouillante, et auquel un ajoute : jalap en poudre, 4 grammes; électuaire diaphœnix, 30 grammes; sirop de nerprun, 30 grammes. Le soir, extrait de belladone, 10 centigrammes.

Troisième jour : potion purgative ainsi formulée :

Pr. Feuilles de séné..... 30 grammes.
Rhubarbe concassée. 10 grammes.

Faites bouillir un quart d'heure dans :

Eau.................. 150 grammes.

Passez et ajoutez :

Sirop de nerprun... 40 grammes.
Sulfate de soude.... 15 grammes.

Le soir, lavement anodin des peintres fait avec huile de noix, 192 grammes; vin rouge, 322 grammes.

Après le lavement, extrait de belladone, 10 centigrammes.

A partir de cet instant, les garde-robes s'obtiennent sans difficulté, et l'on continue seulement l'usage de la belladone.

Ce mode de traitement a été appliqué récemment chez un jeune homme entré à l'Hôtel-Dieu avec les symptômes de la colique de plomb. Dès le deuxième jour, ce malade a eu une selle dans la nuit. Le troisième jour, il éprouvait déjà une amélioration sensible. Le cinquième jour, il était guéri. Il est bon d'ajouter qu'on avait pratiqué dès le début la faradisation qui avait diminué notablement la douleur, mais sans agir en aucune façon sur la maladie principale. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, juillet 1859.)

Glycérine, *pour prévenir la formation des cicatrices du visage dans la variole.* A la liste nombreuse des moyens vantés pour prévenir la formation des cicatrices indélébiles de la variole, il faut ajouter maintenant la glycérine. D'après M. le docteur Posner, qui a fait usage de cet agent un grand nombre de fois pendant l'épidémie de variole qui a régné en 1858 à Berlin, la glycérine appliquée à l'état de pureté, et d'heure en heure, sur les boutons varioliques, aurait parfaitement rempli ce but. Cependant d'après le rédacteur des Annales médicales de la Flandre occidentale, qui signale ces faits, la faveur dont jouit cet agent depuis quelque temps ne serait pas complétement justifiée, ou elle serait du moins exagérée, à en juger par les résultats que lui ont donnés un bon nombre d'essais. Dans beaucoup de ses applications, dit-il, la glycérine n'exerce pas une action bien prononcée; et elle ne paraît avoir le plus souvent sur une bonne huile que l'avantage de ne pas sécher et de ne pas rancir. Comme moyen capable de prévenir les cicatrices de la variole, l'auteur dont il s'agit lui préfère de beaucoup la teinture d'iode. Des expériences comparatives, instituées d'abord sur des personnes différentes et ensuite sur le même sujet, lui ont fait voir que les corps gras, en général, agissent aussi bien que la glycérine, et que la teinture d'iode agit beaucoup plus efficacement. (*Annal. méd. de la Fl. occid.* et *Union méd.*, juillet 1859.)

Migraine. *Bons effets de la quinine brute.* Suivant M. Piorry on peut arrêter les accès dès leur début en portant dans l'estomac des stimulants fonctionnels, c'est-à-dire des aliments : 80 grammes de vin de Bordeaux et un biscuit suffisent le plus ordinairement. On peut encore, dans les cas où la migraine revêt une grande intensité, administrer la potion suivante, à laquelle ce médecin doit, dit-il, des succès inespérés dans les névropathies les plus graves, et qui lui paraît indiquée toutes les fois que le système nerveux est atteint :

Pr. Quinine brute .... 2 grammes.
Teinture de cannelle.. Q. S. pour dissoudre.
Eau.................. Q. S. pour étendre sans précipité.
Sirop................ 15 grammes.

Le but que se propose M. Piorry en prescrivant cette potion est de faire naître dans l'organisme, dans le système nerveux, des vibrations soudaines qui neutralisent celles que l'on redoute; c'est, en un mot, d'agir par substitution; ce qui est certain, c'est que la potion quinique guérit les névralgies alors même que celles-ci n'affectent pas la forme périodique. (*Journ. de méd. et de chir. prat.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, juillet.)

Migraine. *Son traitement par la compression des carotides.* Tandis que pour M. Piorry la migraine est une affection des nerfs de l'iris, pour

M. Merz, elle résulte de la congestion des artères céphaliques. Si, dit-il, appliquant les doigts à la région moyenne du cou, on comprime l'artère carotide du côté affecté chez une personne souffrant d'hémicranie, au bout de cinq minutes le patient reconnaît une amélioration sensible dans la douleur; au bout de dix minutes, celle-ci a disparu; mais que l'on rende alors à la circulation sanguine son libre cours dans l'artère carotide, le mal ne tarde pas à reparaître et à reprendre petit à petit toute son intensité primitive. Si cette compression est continuée d'un quart d'heure à un jour, les symptômes de cette affection douloureuse diminuent dans leur durée, que l'hémicranie soit ou non typique. Pour pratiquer la compression avec le plus de facilité possible, on peut faire usage d'un bandage herniaire, dont le point d'appui est placé sur les muscles postérieurs du cou et dont la pelote pose sur un bouchon placé au point où l'artère émerge de derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

M. C. Merz a été à même de remarquer l'action efficace de la compression dans vingt-quatre cas d'hémicranie. Trois autopsies lui ont permis d'étudier les altérations qui accompagnent cette affection. La mort avait été, dans ces trois cas, la conséquence d'affections aiguës chez des individus souffrant habituellement de douleurs localisées à un des hémisphères cérébraux. M. Merz trouva chaque fois les artères céphaliques du côté malade considérablement développées, amincies dans leurs parois et très-flexueuses.

Nécessairement, cette altération artérielle n'est point la seule cause de la céphalée; cependant, aux yeux de l'auteur, c'est la principale. Par la compression continuée pendant une durée de temps convenable, on peut réussir à diminuer le mal en empêchant l'afflux sanguin trop grand vers la région. (*Medic.-chirurg. Monatshefte* et *Presse méd.*, n° 12, 1859.)

Oxyures vermiculaires. *Traitement par les lavements au chlorure de sodium.* Depuis que l'attention des praticiens a été appelée sur le traitement des oxyures vermiculaires, chacun fait connaître les résultats de sa pratique et de son expérience personnelle, préconisant le moyen qui lui a paru le mieux réussir. Dans une communication récente, M. le docteur Lecœur, de Caen, raconte que depuis vingt-cinq ans, il a mis soixante fois environ en usage et toujours avec succès, contre les oxyures vermiculaires, un moyen bien simple, qui consiste uniquement dans l'administration d'un demi-lavement d'eau simple tiède ou froide, dans laquelle il fait dissoudre, approximativement, de 30 à 50 grammes de sel gris ordinaire, ou sel de cuisine. « Quelquefois, dit-il, j'ai été obligé de répéter le lendemain, mais presque jamais une troisième fois; et comme je ne me rappelle pas avoir jamais été consulté une deuxième fois pour la même cause, par aucun de mes petits malades, j'en conclus qu'ils ont été guéris. »

Le moyen préconisé par M. Lecœur est loin d'être nouveau. Il a été indiqué par M. Andral, ainsi qu'il le rappelle lui-même, et on le trouve signalé plusieurs fois dans le Traité des pertes séminales de Lallemand, à l'occasion des cas de pollution produits par la présence d'oxyures dans le rectum. Si nous citons les faits de M. Lecœur, c'est parce qu'ils viennent apporter, en faveur de ce moyen, le témoignage d'une longue pratique et d'une autorité reconnue. Toutefois, nous devons faire à l'égard de ce moyen les mêmes réserves que nous avons faites à l'égard de tous ceux qui n'agissent que localement et par la voie rectale. Dans les cas où les oxyures remontent tellement haut qu'ils ne peuvent être atteints par les agents introduits par cette voie, ce moyen sera évidemment insuffisant comme tous les autres, et c'est particulièrement en vue de ces cas que M. Hervieux a déclaré ne connaître aucun moyen efficace. Il faut, de toute nécessité, en pareil cas, agir par les voies supérieures. Mais comme les purgatifs simples ne suffiraient pas alors, et qu'il est nécessaire de joindre aux vermifuges des vermicides, sous peine de voir la maladie se reproduire, nous répéterons qu'à nos yeux l'une des meilleures médications, celle qui nous paraît répondre de la manière la plus rationnelle à toutes les indications, c'est l'emploi combiné de la santonine et du calomel. (*Un. méd.*, juin 1859.)

Pustule maligne (*Emploi de la poudre d'encens dans la*) *et les maladies charbonneuses.* Aux faits déjà publiés par le *Bulletin*, à l'appui de l'efficacité de la poudre d'encens (*boswellia thurifera*) dans le traitement de la pustule maligne et des maladies charbonneuses, nous pouvons joindre aujourd'hui quatre observa-

tions nouvelles de maladies charbonneuses traitées par ce moyen, que M. le docteur Vaillandet rapporte dans un intéressant travail inséré dans le Bulletin de la Société de médecine de Besançon. Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme âgé de quarante ans, berger, qui avait soigné un bœuf malade du charbon; cinq jours après, il se présentait à M. Vaillandet dans l'état suivant: forte céphalalgie, frissons par tout le corps; de temps en temps, nausées, avec douleurs épigastriques, se réveillant à la pression; langue blanchâtre, striée, lancéolée, peu rouge cependant à la pointe; soif, inappétence, constipation; pouls lent, régulier, assez plein; insomnie, agitation, malaise général; le tout se rapportant à une affection de la main. Celle-ci (la main gauche) présentait, au milieu de l'éminence thénar, une large plaque bleuâtre, tirant sur le brun, avec pustule centrale, entourée de phlyctènes blanchâtres. Toute l'éminence thénar était le siége de cette profonde altération de tissu, qui offrait l'aspect livide, caractéristique des affections gangréneuses commençantes. Il existait, en outre, dans toute cette région, une douleur sourde, gravative, et parfois de la cuisson et comme du brûlement. Toute la main, et même un peu les doigts, étaient tuméfiés, empâtés, d'un rouge modéré; l'avant-bras et le bras, jusqu'à l'aisselle, étaient douloureux et plus ou moins tuméfiés. Insensibilité complète de la peau sur tous les points affectés; odeur gangréneuse caractéristique; bref, état général et local extrêmement grave. Sur le refus du malade, de subir une opération, M. Vaillandet voulut essayer de la poudre d'encens, d'après les indications de M. Calfassi; mais, n'ayant point alors sous la main de boswellia thurifera, notre confrère dut se contenter de l'encens ordinaire du commerce, de l'encens d'église. Avec un peu de salive, d'alcool et de cet encens réduit en poudre, il fit une pâte dont il étendit une couche épaisse sur toute la partie envahie par la gangrène, et jusqu'à un centimètre au delà; puis, il mit le malade à l'usage de la limonade vineuse, légèrement émétisée. Dès le lendemain, 21, l'amélioration était évidente; le pouls était calme, il n'y avait plus de céphalalgie ni de frissons. Le soulagement du côté du mal local avait été immédiat; la main était un peu désenflée; un cercle rouge vif, avec phlyctènes, se voyait autour de l'escarre qui semblait vouloir se limiter. L'avant-bras et le bras étaient plus libres (nouvelle application de poudre d'encens délayée et arrosée, cette fois, avec la teinture de benjoin; limonade *ut suprà*, bouillon, thé pour le soir). — Les 22 et 24, applications répétées d'encens avec la teinture de benjoin, bouillon, eau vineuse. — Le 26, l'épiderme enlevé autour de la partie malade, laissait voir un point central noir desséché, escarrifié, et parfaitement circonscrit (suppression de l'encens, cérat associé à la teinture de benjoin). — Le 30, il n'existait plus qu'une plaie simple de la plus belle apparence (onguent de la mère). Guérison en quelques jours.

Dans les trois autres cas, les sujets traités sont: une femme de quarante ans, atteinte au dos de la main; un homme de soixante-dix ans, portant une phlyctène luisante au pouce; enfin, un homme de quarante-six ans, dont la tumeur charbonneuse avait aussi pour siége la région dorsale de la main. Ces trois malades ont été traités comme le premier, avec cette différence que, n'étant pas sûr de la qualité de son encens, M. Vaillandet remplaça la teinture de benjoin par la teinture d'oliban, substitution dont il eut à se louer. En résumé, ces quatre malades ont guéri très-rapidement, et de leurs observations, comme des autres faits analogues, observés tant en France qu'en Italie, M. Vaillandet a déduit les conclusions suivantes:

1° L'encens pur, de l'Inde, en tant que topique, doit être considéré, jusqu'à présent, comme un moyen puissant, d'un emploi facile et d'une innocuité constante, dans le traitement de la pustule maligne et des maladies charbonneuses de la peau.

2° Son emploi, fait à temps, avec persévérance et d'une manière convenable, peut généralement suffire dans tous les cas, sans qu'il soit besoin de recourir à la cautérisation actuelle ni aux autres moyens analogues (caustiques potentiels).

3° Employé de bonne heure, il pourra, le plus souvent, faire en quelque sorte avorter le travail de la gangrène, ou tout au moins en restreindre considérablement les ravages.

4° Il possède, sur ses devanciers (les moyens précédents), le grand avantage d'être exempt de douleurs, sans laisser d'être tout aussi rapide dans son action que les meilleurs d'entre eux, et non moins sûr, pour ne pas dire plus, dans ses effets. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, juillet 1859.)

Section du nerf sus-orbitaire, *dans le traitement de quelques variétés de spasme des paupières*. La section du nerf sus-orbitaire est évidemment un moyen un peu radical et que l'on ne serait point autorisé à opposer indistinctement à tous les cas de spasme des paupières ; il ne convient que pour certains cas rebelles ou qui sont de nature à entraîner des désordres graves. Il importe donc de préciser autant que possible les circonstances qui indiquent l'emploi de ce moyen. Voici les indications que pose à cet égard M. A de Graefe. Cet habile ophthalmologiste divise les cas de blépharospasme dans lesquels cette opération convient en cinq catégories :

1° Cas où un spasme opiniâtre, persistant, de l'orbiculaire, a été produit par la présence d'un corps étranger entre les paupières et le globe de l'œil : dans deux cas de ce genre, l'opération faite par M. de Graefe a été suivie d'un succès complet.

2° Cas où un spasme à retour périodique a succédé à une névralgie rebelle du nerf sus-orbitaire et où tous les autres moyens ont échoué : l'opération réussit complétement chez un malade qui se trouvait dans ces conditions, seulement elle fut suivie de démangeaisons désagréables sur les limites de la région anesthésiée ; cette sensation ne disparut qu'au bout de huit semaines.

3° Blépharospasmes primitivement symptomatiques d'une kératite, mais persistant, malgré la guérison de l'affection de la cornée. Chez 12 opérés, dont 8 enfants, M. de Graefe compte 11 guérisons satisfaisantes. Dans les cas où il était possible de reconnaître lequel des deux yeux avait été l'origine du spasme, le nerf sus-orbitaire du même côté était seul coupé ; le plus souvent la contracture cessait d'abord de ce côté, et toujours plus tôt dans la paupière supérieure que dans l'inférieure. Lorsqu'il n'était pas possible de savoir au juste quel était le point de départ du spasme, on opérait du côté où l'affection de la cornée présentait le plus d'intensité. Dans un cas de ce genre, la section du nerf ne remédia pas aux spasmes de l'orbiculaire du côté opposé : il fallut répéter l'opération de ce côté. Une seule fois, il y eut une récidive de peu d'importance.

M. de Graefe convient d'ailleurs que les cas dans lesquels il faut en venir à ce moyen sont extrêmement rares ; les 12 malades chez lesquels il a dû y recourir sont pris sur un total de 8,000 ophthalmies d'enfants qui s'accompagnent presque invariablement de blépharospasme. L'auteur recommande d'ailleurs, pour le traitement de ces cas, des immersions méthodiques de la face dans l'eau froide, qui réussissent même dans des cas où le spasme existe depuis plusieurs mois.

4° Cas où le spasme des paupières accompagnant une kératite pourrait avoir pour conséquence la perte de l'œil. Sur 5 cas de ce genre, chez des enfants, la section du nerf sus-orbitaire fit complétement cesser ce symptôme une fois ; deux fois il fut notablement mitigé.

5° Cas où le blépharospasme est un élément d'une affection convulsive invétérée du nerf facial. Dans 6 cas de ce genre, M. de Graefe n'obtint pourtant qu'un succès incomplet et passager. (*Archiv. für Ophthalmol.*, 1859.)

Seigle ergoté. *Son emploi contre quelques affections des yeux*. M. le docteur de Willenbrand dit avoir employé le seigle ergoté avec avantage dans un certain nombre d'affections oculaires. Il recommande l'usage de cet agent médicamenteux à la dose de 5 à 10 grains (25 à 50 centigrammes), mêlé avec du carbonate de magnésie, quatre fois par jour, dans certaines formes d'ophthalmie qui lui semblent devoir être attribuées à un défaut de contractilité des vaisseaux et des muscles lisses. L'un des premiers cas dans lesquels il a eu recours à ce moyen est un cas d'exophthalmie avec goître et hypertrophie du cœur. Sous l'influence de ce traitement, le volume de la thyroïde diminua, ainsi que la matité cardiaque et la saillie des bulbes oculaires. Toutefois, cette amélioration ne fut que passagère, le traitement ayant été interrompu trop tôt. M de Willenbrand dit notamment avoir obtenu de bons effets de l'administration du seigle ergoté dans les troubles de l'accommodation consécutifs à la fatigue des yeux (*hebetudo visus*) et dans des blépharites et des conjunctivites pustuleuses chez les enfants. Ces ophthalmies ne récidivèrent pas après l'emploi du seigle ergoté, comme cela arrive après les guérisons obtenues par la plupart des moyens habituels. (*Archiv. für Ophthalm.* et *Journ. de médecine de Bruxelles*, juillet 1859.)

Syphilitique (*Contributions à l'histoire des maladies nerveuses d'origine*). La description de ces maladies, par le docteur Gjör, est basée sur

trente observations détaillées, relatives à 14 sujets âgés de moins de trente-cinq ans, à 11 ayant de trente-cinq à quarante ans, et à un seul individo âgé de plus de quarante-cinq ans.

L'invasion de la maladie a été précédée, dans la grande majorité des cas, de prodromes très-accusés; c'étaient des douleurs dans les lombes ou dans les extrémités, ou une céphalalgie opiniâtre, avec exacerbations nocturnes.

Le plus souvent, les symptômes les plus caractéristiques étaient de nature paralytique; les accidents qui accompagnaient le début de la paralysie étaient en général peu graves et assez fugaces : 15 fois c'étaient des attaques apoplectiformes peu intenses; 5 fois seulement ces attaques donnèrent lieu à une perte complète de connaissance, et consécutivement à de la pesanteur de tête ; 2 fois des convulsions s'associèrent à la perte de connaissance; dans 2 cas également, l'attaque apoplectiforme se produisit 2 fois. Parmi ces 15 observations, il en est 4 où la paralysie survint subitement et sans que la santé eût subi une atteinte grave; dans les 11 autres cas, elle se développa insensiblement.

Dans la moitié des observations, on note : 1 hémiplégie ; 8 fois, la paraplégie; 2 fois, l'hémiplégie faciale; dans 3, la paralysie d'une extrémité isolée; 2 fois, un affaiblissement général des mouvements des quatre extrémités; 9 fois, de l'anesthésie, et 2 fois de l'hypéresthésie. La paralysie des extrémités s'accompagna, dans plusieurs cas, de la paralysie des sphincters, et 4 fois d'amblyopie, avec dilatation de la pupille.

L'intervalle qui sépara les premiers symptômes de la syphilis constitutionnelle des accidents paralytiques fut presque nul chez 2 malades; de plusieurs mois à un an, chez 11 sujets; de un à cinq ans, chez 8. Dans les autres cas, l'apparition des symptômes de paralysie fut plus tardive encore.

Il semblerait que les malades qui ont présenté à plusieurs reprises des symptômes de syphilis constitutionnelle ne sont pas plus exposés aux maladies nerveuses que ceux chez lesquels on ne les a observés qu'une fois seulement : les cas de la première catégorie ne comptent en effet que pour 10 dans le relevé de M. Gjör, qui a cependant soin de faire observer que le nombre de ces faits n'est pas suffisant pour en déduire dès à présent des conclusions inattaquables.

Le traitement des maladies nerveuses d'origine syphilitique n'a pas donné jusque là des résultats bien satisfaisants. Sur les 30 malades de M. Gjör, 5 seulement furent guéris; chez 12, on obtint une amélioration plus ou moins prononcée ; dans 6 cas, il n'y eut aucun changement, et 7 fois l'affection se termina par la mort. M. Gjör a surtout employé l'iodure de potassium, en y associant souvent la strychnine ou les préparations d'arnica; c'est le remède qui lui a donné les résultats les plus prompts et les plus avantageux. Le mercure, employé chez 5 malades, ne réussit qu'une seule fois. M. Gjör essaya à plusieurs fois la syphilisation : elle amena une guérison rapide dans un seul cas; dans les 6 autres cas, elle ne produisit aucune amélioration; chez tous les malades syphilisés, néanmoins, l'état général s'améliora beaucoup.

Les trois autopsies rapportées par M. Gjör prouvent au moins que les antécédents nerveux d'origine syphilitique ne sont pas toujours dus, comme on le croyait autrefois, à des exostoses siégeant dans la cavité crânienne ou rachidienne : dans un cas, M. Gjör trouva un ramollissement cérébral ; dans les deux autres, il n'y avait pas de lésion apparente des centres nerveux. (*Schmidt's Jahrbücher*, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, juillet 1859.)

VARIÉTÉS.

Par décret impérial en date du 7 de ce mois, rendu sur la proposition de S. Exc. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Longet, membre de l'Académie impériale de médecine, a été nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Dans sa dernière séance, l'Académie royale de médecine de Belgique a procédé au renouvellement de son bureau pour la prochaine période triennale. M. Vleminckx a été proclamé président, par 23 voix contre 7. C'est là un succès qui venge suffisamment notre confrère de toutes les indignités dont il a été l'objet : en le renommant président à une aussi grande majorité, l'Académie a

voulu rendre hommage à l'honorabilité, au talent et au dévouement dont a toujours fait preuve M. Vleminckx, pendant tout le temps qu'il a été à la tête de l'Académie de médecine; c'est aussi une preuve de sympathie confraternelle qui ne manque pas d'éclat.

MM. Lebeau et Van Coetsem ont aussi été proclamés vice-présidents. C'était justice. On peut avancer sans crainte que le bureau, composé de cette manière, est digne de l'Académie de médecine et saura la représenter brillamment. M. Marinus a été conservé dans ses fonctions.

Par décret signé le 17 juin 1859, au quartier général impérial de Travagliato, l'Empereur a nommé ou promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, qui se sont distingués à la bataille de Magenta : au grade d'officier, M. Champouillon, médecin principal de 1re classe; au grade de chevalier, ambulance de la garde impériale, M. Glaësel, médecin aide-major; — ambulance du 1er corps, M. Barthet, médecin aide-major; — ambulance du 2e corps, M. Balech, médecin-major; — ambulance du 3e corps, M. Casses, médecin aide-major; MM. Beurdy, médecin aide-major au 3e régiment de grenadiers de la garde; Bouton, médecin-major au 44e régiment de ligne; Jourdeuil, médecin-major au 2e régiment étranger.

Par décret signé le 20 juin 1859, au quartier général impérial de Brescia, l'Empereur a nommé ou promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, qui se sont distingués au combat de Melegnano, savoir : au grade d'officier, M. Martenot de Cordoux, médecin aide-major de 1re classe, attaché à l'ambulance du quartier général du Ier corps; au grade de chevalier, M. Contrejean, médecin aide-major, attaché aux ambulances du 1er corps.

Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, pour leur belle conduite pendant l'expédition française en Cochinchine, les médecins dont les noms suivent : MM. Julien, chirurgien de la marine de 1re classe; Benoist de la Grandière, chirurgien de 2e classe; Vidal, chirurgien de 2e classe.

La Gazette de Lyon nous apprend que sur la demande de M. Rollet, chirurgien-major de l'Antiquaille, l'administration des hôpitaux a décidé que les lésions syphilitiques et cutanées rares ou dignes d'être recueillies pour l'instruction des élèves, seront reproduites par le dessin ou la photographie, pour être conservées d'une manière durable. L'importance que prend de jour en jour l'Antiquaille rendra plus précieux ce nouveau service rendu par l'administration, qui, en quelques années, aura ainsi fondé à l'hospice un musée spécial, extrêmement utile au perfectionnement des études médicales.

La Société des sciences médicales du département de la Moselle propose les questions suivantes pour sujet des prix à décerner en 1860 : 1° Faire l'histoire des maladies d'ouvriers, déterminées par l'une des principales industries de la Moselle (métallurgie, peluches, mines, etc.); 2° Des accidents graves qui surviennent dans le cours des affections rubéoliques et scarlatineuses; faire connaître leur nature, leurs causes et leur traitement. Chaque prix consistera en une médaille d'or. Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à la bibliothèque, à Metz, avant le 15 avril 1860.

D'après des calculs très-exacts du docteur Ewart, attaché au service des troupes du Bengale, sur 100 des soldats anglais qui appartiennent à cette armée, 94 disparaissent avant d'avoir atteint l'âge de trente-cinq ans. Si ce résultat, principalement dû aux fièvres d'effluves, devait continuer, il représenterait un déficit annuel de 3,473 hommes, que le statisticien anglais ne néglige pas d'évaluer en argent à une somme ronde de 8,682,500 francs.

Au lieu de revacciner les soldats en activité de service, M. Dartnell, en Angleterre, propose que, à l'avenir, on vaccine (qu'ils l'aient été ou non) tous les hommes qui entrent au régiment comme recrues. Cette mesure aurait, pour le service militaire, l'avantage de ne pas l'interrompre par la séquestration des sujets qui sont appelés à y prendre une part active. Quant aux individus eux-mêmes, ils y gagneraient d'avoir quelques jours de répit pour mieux s'accoutumer à la vie de fatigues qu'ils vont mener.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la médication de la dysentérie aiguë épidémique, et de l'emploi des solanées pour arrêter le ténesme.

Sous ce titre, un jeune médecin, M. le docteur Ansaloni, vient de faire connaître, dans sa dissertation inaugurale, un traitement qu'il a vu mettre en usage avec le plus grand succès par M. Frédéric Leclerc, médecin en chef de l'hôpital de Tours, lors d'une épidémie de dysentérie aiguë qui a sévi principalement sur la garnison de la ville de Tours pendant les mois de juillet, août et septembre 1856, et dont il a été lui-même atteint.

Cette médication, qui repose en grande partie sur le traitement du ténesme, se lie, du reste, à des idées particulières professées par M. Frédéric Leclerc, relativement à ce symptôme de la dysentérie : « 1° A peine le virus dysentérique, qui est le même dans tous les lieux et tous les âges, dit M. Leclerc, est-il déposé au-dessus du sphincter de l'anus, qu'il agit tout aussitôt comme un stimulant violent de l'appareil nerveux de cette région. C'est là le point de départ, et l'explication du ténesme par lequel débute si spontanément et invariablement la maladie. 2° Tous les dysentériques de l'épidémie, sans exception, ont éprouvé du ténesme ; tous ont ressenti une douleur plus ou moins vive au-dessus du pubis. Cet état de contraction de l'anus, de douleur au pubis, caractérise la maladie ; il commence avec elle, et la douleur ne se répand dans le reste de l'abdomen qu'au bout de quelques heures ou de quelques jours. 3° La douleur, comme conséquence, amène l'inflammation, qui bientôt va dominer la maladie, et ce qui conduit à cette idée, c'est que, dès que par les solanées on parvient à calmer cette douleur, c'est-à-dire le ténesme, l'inflammation se manie à volonté. 4° Même dans les cas où la diarrhée précède la dysentérie, on ne peut pas prétendre que l'inflammation ait précédé le ténesme, puisque la diarrhée commence par les régions supérieures du tube digestif, et la dysentérie toujours, et sans exception, par l'anus. Et que dira-t-on pour les cas où il n'y a pas eu diarrhée au début? et bien plus, pour ceux où les sujets souffraient de constipation, lorsque la dysentérie vint les surprendre?.... »

Quoi qu'il en soit de cette explication du ténesme, peut-être plus ingénieuse que solide, M. le docteur Frédéric Leclerc a formulé un traitement de la dysentérie aiguë, dont nous croyons d'autant plus utile de parler, que c'est la première fois probablement que l'on fait

servir l'emploi extérieur de la belladone à calmer le symptôme certainement le plus fatigant de la maladie, le ténesme. Nous en empruntons les détails à la dissertation de M. Ansaloni :

1° On applique au-dessus du pubis un large emplâtre, quadrilatère, d'extrait de belladone. L'expérience a démontré que la propriété absorbante de la peau est beaucoup plus active qu'on ne le soupçonne généralement ; cette propriété s'exerce dans les cas les plus graves et persiste jusqu'à la mort. Chaque emplâtre doit être renouvelé toutes les vingt-quatre heures chez les malades gravement atteints, ou chez les dysentériques qui n'ont été soumis au traitement qu'après le huitième jour de la maladie.

2° L'extrait de datura-stramonium peut remplacer l'extrait de belladone, seulement il cause quelquefois une légère démangeaison à la peau. Chaque emplâtre d'extrait de belladone ou d'extrait de datura doit être composé d'au moins 50 grammes d'extrait préparé au bain-marie.

3° Dans les cas graves, il est bon de faire alterner l'emplâtre d'extrait de belladone avec l'emplâtre d'extrait de datura, et *vice versa*.

4° Conjointement avec l'application de l'emplâtre de belladone ou de datura, M. Leclerc emploie la médication purgative. Précédé en cela par M. Bretonneau, qui, en 1826, pendant l'épidémie de Tours, après avoir expérimenté les méthodes antiphlogistique, émolliente et purgative, a cru devoir s'en tenir presque exclusivement à cette dernière et employait les purgatifs salins, M. Leclerc, disons-nous, jusqu'au mois d'août 1856, avait aussi employé les sels neutres dans la dysentérie. Depuis, il a constaté que ces substances ne sont réellement efficaces que dans les premiers jours de la maladie ; aussi, après quelques doses de sulfate de soude (16 grammes dans les vingt-quatre heures ; 8 grammes le matin, 8 grammes le soir), passe-t-il à l'emploi du calomel, dont les médecins anglais ont si souvent vanté les succès, et que M. Leclerc donne à des doses plus fractionnées encore.

Il fait administrer, le premier jour, 1 centigramme de calomel le matin, 1 centigramme le soir ; le lendemain, 2 centigrammes de calomel le matin, 2 centigrammes le soir, et ainsi de suite en augmentant chaque jour de 1 centigramme le matin, 1 centigramme le soir.

L'expérience a démontré qu'il vaut mieux diviser les 2 centigrammes de calomel en deux doses, une le matin et l'autre le soir, que de l'administrer en une seule dose de 2 centigrammes, et qu'il

vaut mieux augmenter les deux doses progressivement et régulièrement.

Sous l'influence de cette médication, les glaires ensanglantées, les débris d'épithélium, les parcelles, les lambeaux de muqueuse ramollie, de pseudo-membranes, diminuent; les selles prennent une teinte d'un vert foncé, signe favorable, et dont les praticiens connaissent la valeur thérapeutique.

Avant d'avoir eu recours aux solanées pour combattre le ténesme, M. Leclerc avait déjà employé le calomel à doses progressives, et alors les doses qu'il fut forcé d'administrer pour faire disparaître les accidents inflammatoires s'élevèrent quelquefois jusqu'à 120 centigrammes par jour, et quelques malades éprouvèrent un commencement de salivation.

Dans l'épidémie que rapporte M. Ansaloni, sur 150 dysentériques traités de la sorte, rien de semblable ne se reproduisit, il n'y eut aucun cas de salivation; au reste, grâce à l'intervention des solanées, une seule fois la dose de calomel a été successivement portée à 36 centigrammes par jour. Mais, chez presque tous les malades, il n'a pas été nécessaire de dépasser 20 centigrammes par jour; tant il devient facile de faire cesser l'inflammation intestinale, lorsque la douleur, vaincue par les solanées, a disparu.

5° Dans les cas où la dysentérie se termine par une diarrhée, lorsque les glaires ensanglantées ont disparu, on suspend brusquement l'emploi du calomel, et cela sans qu'il en résulte le moindre inconvénient; et pour faire mouler les fèces, on le remplace par des pilules composées de :

1 centigramme de nitrate d'argent cristallisé uni avec 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium.

On fait prendre au malade une de ces pilules le matin et une le soir; le lendemain on double la dose, et, les jours suivants, on l'augmente successivement, dans la proportion dont je viens de parler. Il n'a jamais été nécessaire de donner plus de 12 centigrammes de nitrate d'argent par jour, pour rendre au tube digestif son mouvement péristaltique normal, et obtenir que les matières fécales fussent moulées comme dans l'état de santé.

6° Quelques malades sont cependant réfractaires à l'azotate d'argent; alors on triomphe quelquefois des selles diarrhéiques par l'administration de l'eau de Bonnes factice. On en fait prendre 30 grammes le premier jour, 35 grammes le second, et, les jours suivants, on augmente de 5 grammes par jour cette dernière dose, qu'on porte ainsi à 60, 70 ou 80 grammes par jour.

Si l'eau de Bonnes ne produit aucun effet, on revient au calomel, et maintes fois on a pu voir cette diarrhée cesser complétement par l'emploi de cette substance, donnée de nouveau à la dose de quelques centigrammes. Chez certains malades même, les selles diarrhéiques, ayant reparu jusqu'à trois fois, ont, à chaque récidive, cédé à l'action successivement renouvelée du calomel.

On peut dire de ce sel mercuriel qu'il est un agent spécifique en pareil cas.

7° Chez certains dysentériques, l'intestin est si profondément lésé, que les surfaces ulcérées continuent à donner du pus, malgré l'amélioration générale. Ces surfaces ulcérées se cicatrisent aisément au moyen de lavements administrés soir et matin avec une seringue de verre, et composés chaque fois de 5 centigrammes de calomel incorporés dans un peu de miel, et délayés dans 40 grammes d'eau; le lendemain, on alterne avec un lavement dont voici la formule :

Azotate d'argent cristallisé................	5 centigrammes.
Laudanum de Sydenham....................	5 gouttes.
Eau distillée..............................	40 grammes.

Boerhaave le premier a employé ainsi l'azotate d'argent dans la dysentérie; M. Boudin, M. le professeur Trousseau surtout, l'ont préconisé en pareil cas.

8° L'extrait de ratanhia, donné en potion, à la dose de 4 grammes, est d'un emploi ordinairement très-efficace dans le cas de dysentérie hémorragique. S'il ne produit pas l'effet désiré, on peut recourir avec chance de succès au quinquina Calisaya, administré en lavement, trois fois au plus dans l'intervalle de six jours.

Voici la formule :

Quinquina Calisaya....................	12 à 16 grammes.
Laudanum de Sydenham...............	5 gouttes.

Un paquet dans un verre d'eau tiède pour chaque lavement.

9° 30 grammes de vin de quinquina pris au repas du matin, et, trois ou quatre jours plus tard, 30 grammes le matin et 30 grammes le soir, rendent souvent des forces aux malades épuisés par la dysentérie.

10° L'alimentation est un point sur lequel on ne saurait trop insister. L'expérience apprend, en effet, que c'est une grave erreur de croire qu'il soit utile de recourir à une diète rigoureuse dans le traitement de la dysentérie; mais, il n'est pas besoin de le dire, cette alimentation doit être mesurée, convenable, et appropriée aux circonstances.

Déjà une alimentation substantielle est seule une médication chez

le dysentérique. N'est-ce donc rien que d'empêcher le malade de résorber des produits morbides, que de lui conserver des forces, que de lui fournir, chaque jour, de quoi résister à l'une des affections qui affaiblissent le plus promptement? Nul doute de l'efficacité de l'emploi de la viande, lorsque la dysentérie tend à devenir chronique; Graves et M. Trousseau en font le seul remède dans beaucoup de cas.

Nous empruntons également à la thèse de M. Ansaloni quelques-unes des observations qui la terminent :

Obs. I. J*** (Alain-Marie), âgé de vingt-cinq ans, cavalier au 2e lanciers, entré à l'hôpital le 11 septembre 1856. Dysentérie depuis cinq jours, symptômes habituels. — Application d'un large emplâtre d'extrait de belladone, 50 grammes. Calomel, 2 centigrammes.

Le 12, cessation des douleurs abdominales et du ténesme. — Calomel, 4 centigrammes.

Le 13, quelques douleurs pendant la nuit. — Application d'un emplâtre d'extrait de datura. Calomel, 6 centigrammes.

Le 14, guérison, qui ne se dément pas jusqu'au 27, jour de la sortie.

Obs. II. H*** (Alex.), âgé de vingt-deux ans, soldat au 98e de ligne, entré à l'hôpital le 4 septembre 1856, au deuxième jour de la dysentérie. Ténesme violent, selles nombreuses et caractéristiques. — Application sur la région abdominale d'un très-large emplâtre d'extrait de belladone; suspension instantanée du ténesme et des douleurs intestinales. Calomel successivement porté jusqu'à la dose de 8 centigrammes.

Le malade quitte l'hôpital, le 20 septembre, parfaitement guéri.

Obs. III. L*** (Jean), âgé de soixante-quatre ans, employé au Jardin botanique, entré à l'hôpital le 12 septembre 1856, salle no 12. Dysentérie depuis deux jours; fièvre, affaiblissement considérable, malaise, rougeur de la pointe de la langue; ténesme, douleurs abdominales; évacuations très-fréquentes de glaires, de mucus, de fragments d'épithélium ensanglantés et accompagnés d'une petite quantité de matières stercorales. — Application d'un large emplâtre d'extrait de belladone, qui s'étend du pubis aux fausses côtes (60 grammes d'extrait). Calomel, 1 centigramme le matin, 1 centigramme le soir.

Le 13, diminution très-marquée de la douleur; les souffrances abdominales n'ont pas reparu; modification complète des évacuations; selles verdâtres, ne présentant presque plus de glaires ni de débris de muqueuse ensanglantés. — Calomel, 2 centigrammes le matin, 2 le soir.

Le 14, calomel; 3 centigrammes le matin, 3 le soir.

Les 15 et 16, la dose de calomel est progressivement portée jusqu'à 10 centigrammes.

Le 17, suspension du calomel.

Le 18, le malade sort guéri, après avoir, durant son séjour à l'hôpital, mangé la demi-portion d'aliments.

Obs. IV. Mlle J*** (Marie), âgée de vingt-quatre ans, entrée à l'hôpital dans la soirée du 18 septembre 1856, salle n° 15. Dysentérie, depuis quatre jours, sans avoir été précédée de diarrhée.

Le 19 septembre, évacuations très-fréquentes, ténesme, vives douleurs abdominales pendant la nuit. A la visite du matin, on constate que le vase ne renferme pas un atome de matières stercorales; il ne contient qu'une petite quantité de glaires, de parcelles d'épithélium, de débris, de lambeaux de muqueuse et de pseudo-membranes ensanglantés, nageant dans une assez grande quantité de sang noir. — Application d'un emplâtre de 60 grammes d'extrait de datura. Calomel, 1 centigramme le matin, 1 centigramme le soir.

Le 20, au matin, diminution très-marquée de la douleur et du ténesme; ils cessent dans la journée, pour ne plus reparaître. Evacuations abondantes de matières verdâtres, diarrhéiques; les glaires et les débris de muqueuse ensanglantée sont bien moindres. — Calomel, 4 centigrammes.

Les 21, 22, 23, la dose de calomel est successivement portée jusqu'à 10 centigrammes.

Le 24, les selles diarrhéiques dont j'ai parlé plus haut sont remplacées par des évacuations naturelles.

Le 25, suspension du calomel.

Le 27, la malade sort parfaitement guérie, après avoir mangé continuellement la demi-portion.

Obs. V. B*** (Jacques), cavalier au 2e lanciers, entré à l'hôpital le 14 septembre, au quinzième jour de la dysentérie. Selles abondantes, noirâtres, débris d'épithélium, de muqueuse, de pseudo-membranes ensanglantées et abondantes; ténesme violent. — Application d'un large emplâtre d'extrait de belladone. Calomel, 2 centigrammes.

Le 15, le ténesme et les vives douleurs abdominales qui s'étendent tout le long de l'arc du côlon ont beaucoup diminué. — Calomel, 4 centigrammes.

Le 16, emplâtre de datura.

Les 17, 18, 19, 20, 21 et 22, continuation de la médication, ainsi que cela a été indiqué dans l'exposé du traitement; les emplâtres de belladone et de datura ont alternativement été renouvelés quatre fois durant le cours da la maladie; le calomel est porté jusqu'à 18 centigrammes par jour.

Le 23, l'état de B*** est très-satisfaisant, les selles sont solidifiées; il reste seulement à combattre l'émission d'une certaine quantité de pus. — Les pilules de calomel sont suspendues, et on prescrit, matin et soir, un lavement dont voici la formule :

Azotate d'argent cristallisé........	1 centigramme.
Laudanum de Sydenham...........	5 gouttes.
Eau distillée......................	40 grammes.

Ce traitement est continué pendant deux jours consécutifs, les 23 et 24.

Le 25, on remplace, dans les lavements, l'azotate d'argent et le laudanum par :

Calomel...............	5 centigrammes.
Miel..................	Q. S.
Eau...................	40 grammes.

Deux lavements ainsi composés sont administrés, un le matin, et l'autre le soir.

Le 26, guérison complète ; la sécrétion de pus a cessé, pour ne plus reparaître.

Obs. VI. G*** (Quentin), âgé de vingt-deux ans, cavalier au 2e lanciers, entré à l'hôpital général le 28 août 1856, quinzième jour de la dysentérie.

Le 29 août, à la visite du matin, on trouve le malade pâle, profondément amaigri ; son faciès est cadavérique ; langue rouge à la surface ; peau chaude, d'une sécheresse extrême ; pouls très-fréquent, petit ; ténesme ; vives douleurs abdominales parties du pubis, mais qui depuis se sont étendues dans la cavité de l'abdomen, en suivant les contours du gros intestin ; selles caractéristiques.

Emplâtre d'extrait de belladone et de datura, alternativement renouvelé jusqu'à cinq fois. L'emploi alternatif de ces deux substances produit manifestement un effet favorable ; le ténesme et les douleurs abdominales diminuent sensiblement dès l'application du premier emplâtre.

La dose du calomel est portée successivement à 13 centigrammes le matin et à 13 le soir.

Les accidents dysentériques cessent, et une diarrhée très-abondante survient.

Le calomel est suspendu ; on le remplace par l'azotate d'argent uni à l'opium, et successivement élevé jusqu'à 8 centigrammes par jour.

La diarrhée persiste ; on a recours à l'eau de Bonnes factice, dont la dose est portée de 30 à 80 grammes par jour, en augmentant cette dose de 5 grammes tous les jours.

La diarrhée n'étant pas complétement arrêtée, on administre de nouveau, matin et soir, une pilule de 1 centigramme de calomel.

Cessation immédiate de la diarrhée, selles moulées ; continuation du calomel pendant deux jours ; guérison complète.

Ce malade sort le 2 octobre.

Il ressort, comme précieux enseignement, de cette observation, qu'il importe de donner le plus promptement possible des soins aux dysentériques, la guérison se faisant d'autant plus attendre que le mal a duré plus longtemps.

Obs. VII. B*** (François), âgé de vingt-trois ans, soldat au 98e de ligne, entré à l'hôpital le 28 juillet, au deuxième jour de la dysentérie.

Le 29 juillet, visite du matin. Insomnie, fièvre, céphalalgie, langue rouge à la pointe et sur les bords, expression de fatigue du visage, ténesme, vives douleurs au-dessus du pubis, évacuations incessantes de glaires, de débris de muqueuse ensanglantée, mêlés de matières fécales et nageant dans un liquide noir, livide.—Sulfate de soude, 16 grammes en deux paquets, 8 grammes le matin, 8 le soir.

Le 30, sulfate de soude, 16 grammes.

Le 31, l'état du malade s'aggrave; on suspend le sulfate de soude, et on donne : calomel, 2 centigrammes.

Le 1er août, deux heures de sommeil environ; selles toujours très-fréquentes, mais un peu moins ensanglantées. — Calomel, 4 centigrammes.

Le 2, cinq heures de sommeil; persistance du ténesme; émission des urines douloureuse. — Calomel, 6 centigrammes.

Le 3, calomel, 8 centigrammes.

Le 4, ténesme très-prononcé; vives douleurs abdominales. Le malade se plaint de crampes dans les jambes. — Application sur l'abdomen d'un large emplâtre d'extrait de belladone. Calomel, 10 centigrammes.

Le 5, disparition du ténesme; trois évacuations seulement, au lieu de vingt-sept qui ont été comptées hier; selles toujours dysentériques, mais beaucoup moins ensanglantées. — Calomel, 12 centigrammes.

Le 6, amélioration marquée. — Calomel, 14 centigrammes.

Les 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, on continue la médication.

Le 15, évacuations diarrhéiques en petit nombre. — Calomel, 32 centigrammes.

Le 16, même état; on fait suspendre le calomel, et donner matin et soir une pilule composée de :

Azotate d'argent cristallisé........	1 centigramme.
Extrait gommeux d'opium........	1 centigramme.

Le 17, on double la dose d'azotate d'argent uni à l'opium. Le malade mange la demi-portion.

Le 18, même état, même médication.

Le 19, même état; on suspend l'azotate d'argent et on le remplace par le calomel, à la dose de 1 centigramme matin et soir.

Le 20, calomel, 4 centigrammes.

Le 21, selles moulées. — Calomel, 4 centigrammes.

Le 22, même dose de calomel; vin de quinquina, 30 grammes.

Les 23, 24, même médication.

Le 25, on suspend le calomel; vin de quinquina, 60 grammes.

Le 28, B*** quitte l'hôpital complétement guéri.

Ce n'est donc pas sans quelque raison que M. Ansaloni a insisté sur l'efficacité de ce traitement, et nous reproduisons en terminant les conclusions qu'il a extraites de l'observation des faits nombreux qui ont passé sous ses yeux :

1° Chez tous les dysentériques, les solanées ont agi sur le ténesme

d'une manière efficace, à quelque époque de la dysentérie qu'elles aient été employées. Mais, il faut le remarquer, le ténesme disparaît presque instantanément sous leur action salutaire, lorsque le mal est pris à son début, c'est-à-dire dans les deux ou trois premiers jours; une fois le ténesme disparu, deux ou trois jours suffisent pour amener la guérison.

2° Les dysentériques mis en traitement après sept ou huit jours de maladie sont beaucoup plus réfractaires que ceux dont je viens de parler. L'emploi des solanées amène encore, dans ce cas, les effets les plus heureux.

3° L'application extérieure d'une solanée calme et dissipe la douleur, sans jamais produire l'effet toxique. Les pupilles se dilatent, il est vrai, mais elles reprennent leur état normal dès qu'on cesse l'application.

Méthode endermique : injections médicamenteuses sous-cutanées.

Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon [1].

Cherchant à utiliser la méthode des injections dans d'autres cas que les névralgies ou les douleurs rhumatismales, M. Béhier, dans 7 exemples de paralysie, a fait des injections de sulfate de strychnine, ce que personne n'avait tenté antérieurement. La solution de ce sel qui a été employée était au même titre que la solution de sulfate d'atropine (0gr,30, pour 30 grammes d'eau distillée).

Ces injections de sulfate de strychnine ont été pratiquées dans les cas suivants :

Une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de paralysie avec gêne et engourdissement du mouvement des mains, le tout développé vingt-trois jours après la guérison d'une angine couenneuse. Le fer, les bains sulfureux, le quinquina, n'avaient donné aucun résultat avantageux. 6 injections, ayant fait pénétrer un total de 104 gouttes de solution de sulfate de strychnine sur le trajet des deux nerfs sciatiques, suffirent pour guérir la malade après 14 jours de traitement.

Les phénomènes physiologiques, dans cette circonstance, ont été surtout des crampes, des fourmillements, et un sentiment d'inquiétude dans les jambes, symptôme très-pénible, au dire de la malade. Pas de secousses tétaniques. Après chaque injection, la marche devenait plus facile, et la malade a fini par pouvoir danser dans le jardin de l'hôpital.

---

(1) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 49.

— Un homme qui, après des douleurs vives le long du dos et dans les deux jambes, éprouvait une faiblesse tellement marquée du membre inférieur gauche, qu'il ne pouvait le lever étant au lit, et était obligé de traîner son pied pour fléchir sa jambe sur la cuisse, reçut une seule injection sur le trajet du sciatique. 16 gouttes de la solution de sulfate de strychnine furent introduites et, le lendemain, sans avoir éprouvé de phénomènes physiologiques bien marqués, il levait sa jambe sans difficulté. Les muscles qui, avant l'injection, ne répondaient plus à la volonté et étaient inertes, se contractaient de façon que la main de l'observateur constatât leur action, impossible à saisir avant l'injection. Il marchait le lendemain, et peu après il quittait l'hôpital.

— De même, une femme de quarante ans, atteinte depuis deux ans et demi d'une paraplégie dont la cause ne peut être nettement précisée, quittait l'hôpital dans un état très-satisfaisant, si satisfaisant même, qu'elle voulait partir, se trouvant guérie, bien qu'elle ne le fût pas selon le chef de service. Chez cette malade, l'observation n'est pas aussi probante, parce qu'elle prenait à l'intérieur, chaque jour, 30 centigrammes d'extrait de noix vomique ; mais, à chaque injection, elle a accusé, et M. Béhier a constaté, une amélioration réelle. 4 injections furent pratiquées et servirent à introduire 100 gouttes de solution de sulfate de strychnine.

— M. Béhier a en outre injecté par trois fois 10 gouttes de la même solution dans le bras gauche d'un malade atteint d'hémiplégie, suite d'hémorragie cérébrale. L'injection eut lieu au niveau du nerf médian, et les mouvements du bras ont été assez développés pour qu'il porte maintenant sa main à la tête, mouvement impossible avant les injections, et qui a commencé le lendemain de la première opération. Chez lui, aucun accident n'a été observé du côté de l'encéphale après les injections de sulfate de strychnine, aucune crampe des membres, aucune douleur de tête n'est survenue.

Le même malade n'a éprouvé non plus rien de grave après 2 injections de sulfate d'atropine faites dans le bras et dans le côté gauche des parois thoraciques pour remédier à des douleurs qui occupaient ces divers points, comme on l'observe souvent chez les hémiplégiques. Il éprouva un sentiment d'ardeur, de sécheresse à la gorge, des troubles de la vue, comme les malades chez lesquels le sulfate d'atropine fut introduit, mais aucun accident ne fut réveillé vers l'encéphale par ces deux secousses.

— Chez un second malade également atteint d'hémiplégie, suite d'hémorragie cérébrale, remontant à deux mois, M. Béhier a obtenu une amélioration telle, après 2 injections de sulfate de strychnine, que le malade porte à sa tête la main immobile avant l'emploi de ce moyen, qui n'a aucun inconvénient d'ailleurs.

— Je dois, continue M. Béhier, à l'obligeance de M. Dayot, interne de l'hôpital Beaujon, service de M. Frémy, l'observation d'un homme qui, ayant été atteint, après s'être endormi sur son bras,

d'une paralysie du deltoïde que rien ne pouvait guérir, a pu recouvrer le mouvement du bras en 9 jours, après 6 injections de 96 gouttes de solution de sulfate de strychnine.

— Enfin, un nouveau malade, entré depuis peu dans les salles du médecin de Beaujon pour être traité d'une paralysie, suite d'angine couenneuse, et compliquée de paralysie de voile du palais et de mydriase, est plus fort de la jambe droite, dans laquelle une injection de sulfate de strychnine a été faite il y a quelques jours.

Ce sont là des applications utiles de la méthode de M. Wood, que j'ai voulu tenter, dit M. Béhier; les succès que j'ai obtenus m'encouragent à continuer.

J'ai encore employé ce mode de traitement dans un cas analogue, je ne dis pas semblable, à une colique de plomb. Chez cet individu, une injection faite à l'épigastre, au niveau de chaque muscle droit, et dans son épaisseur, calma la douleur. On injecta chaque fois 20 gouttes de solution de 0gr,40 de chlorhydrate de morphine dans 30 grammes d'eau distillée. Un purgatif détruisit la constipation.

La méthode de M. Wood est donc applicable à des maladies autres que les névralgies. Il l'avait établi lui-même. Les faits de M. Hunter et ceux qui précèdent le prouvent clairement.

M. Béhier insiste ensuite sur l'innocuité de la méthode.

Les faits de M. Wood ne contiennent pas d'exemple d'accidents locaux développés au niveau des piqûres. Dans l'observation empruntée à M. le docteur Bonnar, d'Edimbourg, 21 piqûres furent faites en 14 jours, 360 gouttes de teinture acétique d'opium furent injectées sans accidents. Cependant M. Ch. Hunter, dans son article, parle en termes généraux de phlegmons qui se seraient développés après plusieurs injections répétées sur le même point. D'autre part, M. le professeur Trousseau rappelle que M. Bretonneau aurait, dans certaines expériences, déterminé des phlegmons par l'injection d'eau simple dans le tissu cellulaire.

L'auteur fait remarquer, pour répondre au dire de M. Charles Hunter, d'abord que l'instrument de M. Wood est bien différent de celui que nous employons.

L'aiguille creuse qui sert de canule à la seringue dans le premier est trois fois plus grosse que celle que M. Béhier introduit, laquelle n'est autre que la canule la plus petite de l'appareil de Pravas. L'extrémité très-déliée du trocart de celle-ci est bien différente du dard étalé qui termine l'aiguille de la seringue de M. Wood.

La canule de Pravas a encore été rendue moins dangereuse pour

les tissus, en la rendant plus conique par l'affaissement du renflement qui commençait au milieu de son étendue. Cela offre en outre l'avantage de pouvoir pénétrer plus profondément dans les tissus.

Le volume de la canule, beaucoup plus petite que l'aiguille de M. Wood, détermine donc des désordres bien moindres. C'est un premier fait qui expliquerait déjà la différence de résultats.

En effet, M. Béhier a pratiqué dans différentes régions 227 piqûres qui ont servi à introduire 2,991 gouttes de liquides médicamenteux, chargés soit de sulfate d'atropine, soit de sulfate de strychnine, dans la proportion de 0,20 pour 30; il a même injecté le chlorhydrate de morphine dans une proportion double, 0gr,40 pour 30 grammes, et *il n'a pas observé un seul accident local*. Deux ou trois fois, les malades ont accusé un peu de sensibilité ou de gonflement au niveau de la piqûre, mais jamais, jusqu'ici, il n'a dû prendre aucune précaution sérieuse contre cette plainte. Jamais il n'a observé d'engorgement réel, jamais de suppuration. Quatre ou cinq fois à peine on a vu une goutte de sang au niveau de la piqûre en retirant la canule. Deux fois, cette dernière contenait un peu de sang; mais, dans ces cas même, pas l'ombre d'un accident local, tout au plus une ecchymose peu marquée, ou seulement une petite tache jaunâtre, trace d'une petite ecchymose, deux jours après la ponction, qui avait produit une goutte de sang.

M. Béhier rappelle qu'il s'est très-rarement servi de la double canule qu'on peut introduire dans celle qui porte le trocart. Il a toujours fait l'injection en vissant tout simplement le corps de seringue sur la première canule, et en défalquant le nombre de gouttes nécessaire pour remplir cette canule du nombre total injecté. Il en est résulté que, presque toujours, il a poussé dans les tissus, concurremment avec l'injection, la petite quantité d'air qui remplissait la canule une fois le trocart retiré. Il a même, dans les injections superficielles, comme celles faites dans les espaces intercostaux, senti nombre de fois, à l'aide du doigt, la crépitation de l'air ainsi introduit sous la peau, sans avoir, ajoute-t-il, observé le moindre accident local.

Je suis en outre autorisé, ajoute-t-il, à dire ici que mon collègue et ami, M. le docteur Becquerel, à qui j'ai communiqué ces expériences vers la fin d'avril, alors que j'en avais déjà fait un nombre assez considérable, a pratiqué des injections analogues sur 21 malades, qu'elles lui ont réussi complétement sur 20 d'entre eux, incomplétement sur un seul qui, cependant, a été notablement soulagé d'une

névralgie occipito-pariétale, et que, dans aucun de ces cas divers, il n'a éprouvé aucun accident local, ni gonflement, ni suppuration.

Il en a été de même dans les expériences qu'a tentées en nombre assez considérable (15 fois) mon ami et collègue, M. le docteur Hérard, à qui j'avais également indiqué, il y a quelque temps, les résultats que j'ai obtenus. Jamais il n'a observé d'accidents locaux, et il a obtenu des succès remarquables, notamment dans deux cas de névralgie sciatique.

Je ne puis donc partager les craintes émises à propos des expériences de M. Bretonneau, et je n'ai rien vu de ce que M. Ch. Hunter dit d'une manière générale sur les phlegmons locaux. Je ne sais la quantité d'eau que M. Bretonneau injectait; peut-être était-elle notablement plus forte que nos 20 à 30 gouttes, dose maximum de nos injections; et quant à l'instrument, je répète qu'il diffère beaucoup de celui de M. Wood.

Je ne crois pas non plus, d'après ce que j'ai vu, qu'on puisse accepter le dire de M. Ch. Hunter, qui pense que « l'injection hypodermique (comme il l'appelle) du tissu cellulaire sous-cutané d'une partie du corps, quelle qu'elle soit, est, pour la guérison de la névralgie, aussi puissante et aussi curative dans ses effets que l'injection localisée au tissu atteint de névralgie (*neuralgic tissue*). » Je n'ai jamais pu obtenir un semblable résultat.

Je citais tout à l'heure l'exemple d'un individu qui, atteint d'une affection rhumatoïde des deux deltoïdes, avait été guéri, le premier jour, du côté droit, par une injection faite dans l'épaisseur du deltoïde de ce côté, sans que l'autre muscle congénère du côté gauche eût été modifié en quoi que ce fût.

Plusieurs fois j'ai tenté, pour vérifier l'opinion de M. Hunter, de pratiquer des injections sur une région éloignée de la douleur, sans avoir jamais observé aucun résultat réel de ces tentatives.

C'est ainsi que, il y a peu de jours encore, j'ai introduit dans le deltoïde d'un sujet atteint de sciatique 10 gouttes de sulfate d'atropine, sans aucun résultat sur la névralgie fémorale.

Je ne crois donc pas que, dans le cas de névralgie, l'injection puisse être pratiquée indifféremment sur une région du corps ou sur une autre. Elle doit l'être au niveau du point douloureux. La pratique est ici en rapport avec les opinions de Müller que cite M. Wood, et avec la manière de voir de ce dernier auteur lui-même. C'est même là une particularité qui donne une supériorité incontestable à cette méthode sur tous les autres traitements des névralgies.

Du reste, la rapidité et la sûreté de l'absorption que l'on obtient avec cette méthode devront être mises à profit pour toute autre espèce de cas, et on pourra utiliser avec grand avantage ce procédé dans toutes les maladies où on pourra et voudra employer des agents très-actifs.

M. Béhier fait remarquer qu'il a employé ces injections sous-cutanées pour seul traitement dans les différents cas, afin de vérifier la valeur du moyen de traitement; mais il n'a pas agi de cette sorte en vertu d'un système ou d'une opinion arrêtée.

Je sais très-bien, dit-il, et je suis pleinement convaincu que dans les affections névralgiques, plus peut-être que dans toutes les autres, il y a une indication générale qu'il est fort important de remplir. Je l'ai négligé sciemment dans l'occasion présente; peut-être cela a-t-il ajouté parfois à la difficulté de la guérison.

En résumé, je crois qu'il résulte des études qui précèdent que les injections sous-cutanées de substances médicamenteuses offrent des avantages considérables dans le traitement des névralgies, dans celui des paralysies, et qu'elles pourraient même être très-utiles comme méthode propre à faire obtenir, dans toute autre affection, l'absorption très-prompte et très-sûre de médicaments destinés à agir sur l'économie tout entière.

Ce sont là des motifs qui me paraissent légitimer suffisamment la vulgarisation de cette méthode, qui ne présente d'ailleurs aucun inconvénient, et que je mets avec confiance sous le patronage de l'Académie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'inflammation péri-utérine. — Symptômes et traitement [1].

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans l'inflammation péri-utérine chronique, il faut distinguer le traitement de cette inflammation arrivée à une chronicité réelle, dans sa forme obscure et latente, et le traitement des redoublements, des recrudescences, des exacerbations de la maladie.

Contre ces espèces d'accès, qui reviennent ainsi de temps en temps, alors que l'inflammation n'est pas encore éteinte dans son foyer principal, l'ovaire ou la trompe, c'est le traitement des inflammations aiguës qu'il convient d'employer; pourtant les émissions sanguines, même locales, les applications de sangsues sur le

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente.

col elles-mêmes, ne doivent être faites que si les forces de la malade le permettent, si elle n'est pas tombée dans un trop grand état de maigreur et d'anémie. Il est très-rare qu'une seule application de sangsues, six ou huit, ne suffise pas dans les cas les plus ordinaires. Si cette application n'est pas possible, s'il y a lieu de l'éviter aux malades, c'est à l'aide de l'opium à haute dose que l'on pourra réussir : 20, 30 centigrammes d'extrait aqueux thébaïque dans les vingt-quatre heures, des cataplasmes émollients et laudanisés, des lavements laudanisés également, voilà les moyens sur lesquels il faut compter le plus ; et souvent, vingt-quatre heures après le commencement de ce traitement, on trouve parfaitement calme et ne souffrant nullement une malade que l'on avait laissée la veille au milieu de souffrances atroces.

Il est un phénomène qui mérite une attention spéciale, au milieu des accidents qui constituent les exacerbations : ce phénomène, c'est le vomissement. Les efforts auxquels donne toujours lieu le vomissement, l'ébranlement qui en résulte dans les organes abdominaux, augmentent considérablement les douleurs. Il m'a semblé qu'en suspendant complétement les boissons, en les remplaçant par de petits morceaux de glace donnés de temps en temps pour calmer la soif, on est à peu près sûr de réussir à arrêter ce symptôme ; et, si le résultat n'est pas complet, un vésicatoire grand comme une pièce de deux francs, placé à la région épigastrique et pansé avec un centigramme de morphine matin et soir, termine ce que la glace avait déjà bien commencé. La noix vomique ou la strychnine à petites doses sont aussi d'excellents moyens de calmer ces vomissements.

Un autre phénomène non moins fatigant pour les malades dans certains cas, c'est le ballonnement du ventre, qui apporte toujours une gêne considérable à la respiration. Ce ballonnement cède souvent à des cataplasmes arrosés d'huile saturée de camphre ; mais ce qui réussit mieux encore, c'est l'application sur l'abdomen ou bien de cataplasmes froids, contenant dans leur épaisseur des morceaux de glace, ou mieux encore d'une vessie contenant de la glace en morceaux. En quelques minutes la douleur est calmée et le ballonnement a déjà diminué. Six, huit, douze heures après l'application, qui a dû être constamment renouvelée, il ne reste très-souvent aucune trace de ballonnement.

Dans son état de chronicité réelle, l'inflammation péri-utérine réclame un traitement assez énergique. Toutes les fois que les malades ne sont pas trop affaiblies, ce traitement doit débuter par une

application de sangsues sur le col. A ce moyen, il faut joindre des cataplasmes émollients, des lavements de même nature, mais surtout des bains de siége prolongés, d'une heure, une heure et demie et au delà. Ces bains de siége peuvent être rendus émollients, mais les malades s'en trouvent encore mieux quand ils sont alcalinisés par l'addition de 100 à 150 grammes de carbonate de soude. Ces bains de siége doivent être répétés tous les jours, et pendant un long temps, des semaines, des mois même, jusqu'à ce que la résolution paraisse commencer à se faire. Si pourtant cette résolution se fait attendre, il n'y a que des avantages à la hâter par l'application de vésicatoires volants sur l'abdomen, et surtout par l'emploi de l'iode à l'extérieur, sous forme de pommade iodée ou iodurée, ou de badigeonnages à l'aide de la teinture d'iode. Les vésicatoires sur le col m'ont paru aussi très-utiles pour favoriser la résolution des engorgements dont cette partie de l'organe est souvent le siége, et tout me porte à penser qu'ils ne sont pas non plus sans influence sur la résorption des produits plastiques épanchés autour de l'utérus. La solution arsenicale de Fowler, l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, mais tous deux à très-faible dose, contribuent encore à hâter la guérison.

De temps en temps il survient, dans le bas-ventre ou dans les reins, des douleurs un peu plus vives, une sensation de pesanteur plus marquée. Ces phénomènes peuvent être combattus par quelques sangsues sur le col, si les malades ne sont pas trop affaiblies ; dans le cas contraire, une friction faite avec l'huile de croton sur la partie douloureuse, suivie de l'application d'un morceau de papier adhésif quelconque, pour empêcher le frottement des vêtements, fait justice des douleurs, et ce mode de révulsion a ce grand avantage que les malades en sont moins fatiguées que des vésicatoires, et craignent moins d'y avoir recours plusieurs fois dans un cas donné. Mais de toutes les ressources propres à combattre les douleurs, si communes dans l'inflammation péri-utérine chronique, il n'en est aucune qui l'emporte sur les pansements laudanisés. Plus je vais et plus ma confiance augmente en ce moyen si simple et si peu dangereux. C'est ainsi que j'en suis venu à n'en pas employer d'autre chez les femmes irritables et nerveuses, et je suis parvenu ainsi à éteindre à la longue des hypéresthésies douloureuses du système pelvien, que rien n'était parvenu à calmer jusque-là.

La constipation est encore un accident très-fréquent dans l'inflammation péri-utérine chronique. De là l'indication des lavements, le plus souvent avec la précaution que je vous ai indiquée

plus haut, c'est-à-dire celle de les porter au delà de la partie rétrécie à l'aide d'une grosse sonde de gomme élastique. Mais il convient de travailler au rétablissement, le plus promptement possible, des évacuations naturelles; et, sous ce rapport, j'ai vu les meilleurs effets des douches ascendantes froides, des pilules de belladone (poudre et extrait de belladone), quelquefois additionnées d'un demi-centigramme ou d'un milligramme de strychnine, des pilules de sulfate de zinc, et enfin des pilules d'aloès. Mais la constipation n'existe pas toujours, et, chose plus fâcheuse, elle peut être remplacée par le dévoiement, tantôt alternant avec la constipation, tantôt s'établissant de prime abord. Ce dévoiement est généralement une chose grave, que l'on arrête seulement pour quelque temps avec le sous-nitrate de bismuth à haute dose, le diascordium, la thériaque, et qui peut nécessiter l'emploi de moyens plus actifs, les quarts de lavements de nitrate d'argent, par exemple, à la dose de 20 à 40 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée.

De même que dans les recrudescences de l'inflammation péri-utérine, il n'est pas rare d'observer, dans l'inflammation péri-utérine franchement chronique, des vomissements, et quelquefois avec une continuité désespérante. Les moyens indiqués plus haut réussissent en général, surtout la strychnine; j'y ajoute le sous-nitrate de bismuth et l'eau distillée de laurier-cerise, à la dose de 4 à 10 grammes.

Le catarrhe utérin, les démangeaisons vulvaires, enfin l'altération dans la composition de l'urine, les propriétés irritantes acquises par ce liquide, rendent nécessaire l'emploi d'autres moyens. Contre le catarrhe utérin, les lavements d'aloès; s'il n'y a pas de dévoiement, l'extrait de seigle ergoté à la dose de 1 gramme à 2gr,50 dans les vingt-quatre heures; contre les démangeaisons vulvaires produites par la desquamation de l'épithélium, l'emploi de l'amidon en poudre ou de l'amidon associé à une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth ou de précipité blanc, l'extrait d'aconit à haute dose, si les démangeaisons sont trop vives; contre l'altération de l'urine, l'administration du bicarbonate de soude à l'intérieur, à la dose de 4 à 10 grammes dans les vingt-quatre heures : tels sont les moyens sur lesquels on peut le plus compter.

Au milieu de tous ces traitements, le médecin ne doit pas perdre de vue la nécessité de soutenir les forces des malades par une alimentation modérée, mais suffisamment substantielle, par l'administration du vin aux repas, par l'emploi des toniques, du vin de quinquina, par exemple, et des ferrugineux, enfin par le transport

à la campagne, si la chose est possible, et plus tard par les eaux minérales alcalines, chlorurées sodiques ou ferrugineuses, suivant les cas ; par l'hydrothérapie chez les malades qui ne peuvent pas s'absenter.

Il est des femmes chez lesquelles des phénomènes de tuberculisation pulmonaire existent déjà au moment du développement de la maladie, d'autres chez lesquelles cette tuberculisation n'est survenue qu'un certain temps après le développement de l'inflammation péri-utérine. L'expérience m'a appris que les mêmes moyens qui apportent une amélioration à l'état de la poitrine améliorent en général l'état du ventre. L'huile de foie de morue ou l'huile de pieds de bœuf m'ont rendu les plus grands services dans les cas de ce genre. Malheureusement, il est un certain nombre de malades chez lesquelles un balancement semble se faire entre l'une et l'autre affection, de sorte que, passant alternativement des accidents thoraciques aux accidents abdominaux, et des accidents abdominaux aux accidents thoraciques, ces malades restent, quoi qu'on fasse, dans un état valétudinaire qui, je le reconnais, est de nature à se prolonger nombre d'années, mais dont la guérison définitive, j'ai le regret de le dire, ne me paraît pas possible.

J'ai réservé, pour la fin de cette leçon, une question grave : c'est celle de l'ouverture des foyers purulents. Autrement dit, lorsque du pus est accumulé dans la tumeur formée par l'inflammation péri-utérine, par l'ovaire ou par la trompe enflammée, quelle conduite doit tenir le médecin ? Doit-il attendre, ou donner issue au pus ? Au fond, cette question est peut-être moins importante qu'elle n'en a l'air ; car les cas dans lesquels on peut être certain de la présence du pus et surtout du siége qu'il occupe, les cas dans lesquels on peut arriver jusqu'au foyer purulent avec certitude, ces cas sont tout à fait exceptionnels. La question n'en doit pas moins être posée.

Les partisans de l'ouverture artificielle de l'abcès, dont mon savant collègue et ami, M. H. Bourdon, a reproduit, dans son excellent travail [1], les motifs déterminants, se fondent sur les considérations suivantes : « La présence du pus en facilite la formation ; la tumeur peut prendre un grand développement, le pus fuser au loin, produire des désordres et des décollements irréparables ; l'abcès, s'il ne trouve une ouverture pour se faire jour à l'extérieur, peut s'ouvrir dans le péritoine, par extension de l'inflammation ; et si l'ou-

[1] *Des tumeurs fluctuantes du petit bassin*, Revue médicale, 1841.

verture se fait spontanément, ou bien elle ne se fait que très-lentement, en condamnant les malades à des douleurs qu'on aurait pu leur éviter, ou bien elle se fait dans un point défavorable à l'écoulement du pus ; enfin, dans beaucoup de cas, le sujet, considérablement affaibli par une maladie longue, et miné par la fièvre hectique, n'est plus en état de faire les frais de la guérison après l'ouverture de l'abcès, si même il ne persiste des fistules et des suppurations interminables. »

Telles sont les raisons alléguées en faveur de l'ouverture artificielle de la collection purulente, à la suite de l'inflammation de l'ovaire, de la trompe ou de l'inflammation péri-utérine. Ces raisons me paraissent cependant bien plus spécieuses que solides.

Quoi qu'on en dise, le pus n'a guère de tendance à fuser dans les tissus, et le plus souvent, au contraire, comme je vous l'ai dit, la collection purulente reste intacte au milieu des fausses membranes épaisses qui l'entourent.

Rien ne prouve non plus que l'on puisse s'opposer, par l'ouverture artificielle, à d'autres ouvertures spontanées vers d'autres points, et principalement vers le péritoine. La science contient, au contraire, bon nombre d'exemples de ces perforations survenues un ou plusieurs jours après la ponction de l'abcès.

Enfin, l'ouverture artificielle ne met pas plus que l'ouverture naturelle à l'abri des accidents de fièvre hectique, lesquels, au lieu de précéder l'ouverture du foyer, lui succèdent au contraire le plus souvent.

Ce qui doit surtout rendre très-réservé relativement à l'ouverture artificielle de ces foyers, c'est qu'il est impossible d'affirmer, même en présence d'une tumeur fluctuante et que tout semble indiquer devoir s'ouvrir prochainement, il est impossible d'affirmer, disons-nous, que le pus ne sera pas résorbé. C'est ainsi que nombre de médecins, en cherchant à ouvrir des collections purulentes à l'aide de caustiques, ont vu ces collections s'éloigner en quelque sorte et disparaître à mesure que le caustique s'avançait vers elles. M. Marchal (de Calvi) en cite un bel exemple ; j'en ai vu moi-même un très-remarquable, il y a quelques années.

On peut donc poser en principe qu'il est plus sage d'abandonner à la nature le soin d'ouvrir la tumeur. Il peut cependant se présenter des cas dans lesquels une pareille règle ne soit pas aussi absolue. Si l'économie traduit par des phénomènes particuliers les troubles qu'apportent la formation et la présence du pus ; s'il y a des symptômes de fièvre hectique, des frissons répétés, des sueurs

abondantes, de l'amaigrissement, etc., etc., et si, en même temps, la tumeur, augmentant de volume de jour en jour, se dirige vers la paroi abdominale, qu'elle soulève et avec laquelle elle paraît adhérer, si elle fait saillie dans le vagin ou dans le rectum, et mieux encore si l'amincissement est tel que tout fait croire à l'ouverture probable et prochaine du foyer ; si enfin, comme dans le cas auquel j'ai fait allusion plus haut, l'abcès vient à s'ouvrir dans une situation telle que le pus doive remonter contre son propre poids pour se vider par l'ouverture qu'il s'est frayée, et si, comme dans le même cas, l'urine ou bien les matières fécales s'accumulent dans le foyer, il ne peut y avoir évidemment que des avantages à donner issue au pus.

Reste la méthode opératoire à suivre. Si la tumeur se dirige vers la paroi abdominale, on peut songer à l'ouvrir, soit avec l'instrument tranchant, soit avec un trocart, soit enfin avec les caustiques. La crainte de ne pas trouver des adhérences parfaitement établies entre le foyer et le péritoine pariétal a depuis longtemps fait renoncer à pénétrer d'un seul coup dans le foyer pour l'ouvrir largement. Plus modeste dans ses allures, le bistouri n'intervient aujourd'hui que pour abréger la route que le pus a à parcourir ; mais que l'on suive le procédé de Graves, qui va jusqu'au péritoine sans l'ouvrir, ou celui de M. Bégin, qui incise le péritoine pariétal sans toucher à la tumeur, on ne comprend pas trop quel avantage peut présenter une pareille méthode sur l'emploi si sûr et si efficace des caustiques. Ces derniers n'offrent-ils pas d'ailleurs une nouvelle chance aux malades en amenant, dans quelques cas exceptionnels, la résorption du pus dans le foyer ? Je ne vois pas même dans ces cas l'utilité de substituer aux caustiques le trocart, fût-ce même le trocart capillaire ; car, à la profondeur où sont ordinairement ces foyers, on peut toujours craindre d'en dépasser les limites, de pénétrer dans quelque organe important, de rompre des adhérences, d'ouvrir des vaisseaux d'un certain calibre.

C'est à la potasse caustique, ou mieux encore à la pâte de Vienne, qu'il faut demander l'ouverture de ces foyers, en suivant le procédé indiqué par Récamier et par Martin le jeune. L'escarre produite par la première application doit être incisée et excisée chaque jour, afin de pénétrer de plus en plus profondément, en portant dans la plaie de la potasse caustique ou de la pâte de Vienne. De cette manière, lorsqu'on ouvre le péritoine et le foyer, des adhérences sont déjà établies, solides et résistantes, qui s'opposent à l'épanchement du pus dans la cavité de l'abdomen. Récamier était très-partisan

des injections d'eau tiède ou détersives dans ces foyers, après leur ouverture. Cette pratique a peut-être moins d'importance, en ce qui touche ces collections purulentes, que ne le pense le célèbre médecin de l'Hôtel-Dieu ; car l'air a peu de chance de s'introduire dans leur intérieur, parce que les parois abdominales s'affaissent elles-mêmes sous la pression atmosphérique et refoulent l'une contre l'autre les parois du foyer, ce qui n'empêche pas, dans beaucoup de cas, l'ouverture de rester fistuleuse pendant des semaines, des mois et des années ; et, dans ce cas particulier, on comprend qu'on puisse être conduit à faire des injections de diverse nature, des injections iodées surtout, dans l'intérieur du foyer.

Quelques femmes paraissent avoir dû leur guérison définitive à une grossesse intercurrente, sans doute par suite de la compression exercée par le développement de l'utérus sur les parois du foyer.

Quant aux collections purulentes qui pointent vers le vagin ou vers le rectum, on comprend qu'il y a moins d'inconvénients à les ouvrir avec l'instrument tranchant. Ce qu'il y a certainement de plus simple, c'est de porter, appliqué à plat sur son doigt, un bistouri pointu enveloppé d'une bandelette de diachylon, excepté à la pointe, qui est découverte dans une étendue d'un centimètre, et de plonger la pointe dans le foyer dès que le doigt est arrivé au niveau de celui-ci. On peut rendre cette ouverture encore plus facile en faisant écarter les parois du vagin par des aides, avec ces gouttières à manche coudé que M. Jobert emploie pour mettre à découvert les fistules vésico-vaginales. De toute manière, cette petite opération ne réclame qu'une très-médiocre habileté, et l'on ne voit pas trop pourquoi Récamier y avait substitué l'ouverture avec un instrument analogue au pharyngotome. J'ai moi-même employé un bistouri analogue que Blandin avait fait construire pour la section sous-cutanée du sphincter de l'anus. Tous ces instruments ne valent certainement pas le bistouri, lorsqu'on veut pratiquer une large incision au foyer. Le malheur est que ces ouvertures sont toujours suivies d'un écoulement considérable de sang; et, quoique Récamier ait donné le conseil d'inciser dans le sens vertical, on comprend qu'une pareille précaution n'est pas toujours de nature à mettre à l'abri de la lésion des artères utérines. Mais ces larges ouvertures sont-elles donc si nécessaires ? C'est là ce que croyait Récamier, qui voulait laver le foyer par des injections répétées, et qui pensait empêcher de cette manière l'introduction de l'air dans son intérieur et son inflammation. L'expérience m'a appris que rien n'est moins nécessaire que ces larges incisions. De quelque

manière que l'on ait donné issue au pus, en employant le bistouri ou le trocart, voire même le trocart capillaire, le soulagement est constant dès que le pus s'est écoulé. Mais, dira-t-on, le pus doit inévitablement se reformer, si la ponction a été pratiquée avec le trocart, et à plus forte raison avec le trocart capillaire. A cela il n'y a qu'une chose à répondre, c'est que lorsqu'on a voulu pénétrer une seconde fois dans le foyer purulent, on n'a pas toujours réussi à obtenir du pus. M. West le dit avec raison ; les secondes ponctions sont rarement heureuses. Il cite à ce sujet l'observation d'une femme chez laquelle il avait retiré, par une première ponction pratiquée dans le cul-de-sac vésico-vaginal, 10 onces de pus ; la tumeur s'étant reproduite, il pratiqua une seconde ponction et pénétra dans la vessie sans rencontrer de pus. Moi-même, dans quatre cas au moins, j'ai vainement cherché du pus dans des tumeurs que j'avais ponctionnées avec succès quelques jours ou quelques semaines auparavant, et cependant, après un certain temps, les accidents se sont modifiés avantageusement, et le soulagement momentané produit par la ponction a ouvert la voie à la guérison définitive.

Par toutes ces raisons, je n'hésite pas à donner la préférence à la ponction avec le trocart, et, si j'en crois mon expérience, il n'y a même aucune utilité à se servir d'un trocart volumineux ; un trocart capillaire suffit le plus souvent à faire écouler le pus. J'ai été quelquefois très-surpris de voir un pus extrêmement épais s'échapper peu à peu de l'intérieur du foyer par une ponction de ce genre, et cette ponction amener un soulagement des plus marqués ; ce qui ne veut pas dire qu'il ne puisse être quelquefois utile, et même nécessaire de se servir d'un trocart d'un volume ordinaire. Tantôt on emploiera un trocart droit, tantôt un trocart courbe, suivant les circonstances ; il est bien peu de cas cependant dans lesquels le trocart droit ne soit pas suffisant. Quant à la manière de pratiquer cette ponction, elle est la même, que l'on emploie un trocart droit ou un trocart courbe, un trocart volumineux ou un trocart capillaire. La malade étant placée comme pour l'application du spéculum, l'opérateur porte l'index de la main gauche sur la tumeur, dont il reconnaît le point le plus saillant, qui est en même temps le point le plus fluctuant, s'il existe de la fluctuation ; tenant l'index de la main gauche fixé sur ce point, il glisse sur ce doigt la canule du trocart, dont la pointe a été un peu retirée en arrière, et, arrivé sur la partie indiquée par l'index, il plonge d'un seul coup le trocart à ce niveau, en faisant suivre à celui-ci dans son introduction le trajet du plus grand axe de la tumeur. En général, il ne faut pas

enfoncer à une trop grande profondeur du premier coup, et l'on doit retirer la tige pour savoir si l'on est parvenu dans le foyer ; si le pus n'a pas été atteint, la tige est reportée dans la canule et le trocart poussé plus profondément; puis la tige est retirée de nouveau, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans le foyer. Faut-il laisser la canule dans la plaie, faut-il, au contraire, l'enlever? En ce qui touche le trocart capillaire, il est certain que la présence de la canule est presque inutile; et, quant à laisser en place une canule d'un volume moyen, ou d'un gros volume, ou bien une sonde de gomme élastique, il y a lieu de se demander si les avantages fournis par l'écoulement libre du pus ne sont pas compensés et au delà par le séjour au sein du foyer, et au voisinage ou dans l'intérieur du péritoine, d'un corps étranger quelconque. Sans doute, une sonde flexible en gomme élastique aurait moins d'inconvénients ; mais les dangers en rapport avec la présence d'un corps étranger sont à peu près les mêmes. On se fait d'ailleurs illusion sur la quantité de pus renfermée le plus souvent dans ces abcès. Sauf les cas dans lesquels il y a une collection purulente dans le péritoine, la quantité de pus contenue dans ces foyers est généralement peu considérable; et quoique dans certains cas on ait vu, après des ouvertures spontanées, des trajets fistuleux persister et les abcès se remplir et se vider plusieurs fois de suite, il n'en est pas moins vrai que ce sont là des faits véritablement exceptionnels, et que, le plus ordinairement, lorsque le foyer s'est ouvert, la guérison des accidents est à peu près certaine.

La ponction par le rectum se pratique de la même manière que par le vagin : c'est toujours sur l'index de la main gauche, préalablement introduit, que l'on guide la canule avec la tige un peu retirée en arrière, et c'est en enfonçant brusquement le trocart au niveau du point indiqué par l'index gauche, que l'on fait saillir le stylet, de manière à pénétrer dans le foyer.

En nous prononçant d'une manière générale pour l'emploi du trocart et même du trocart capillaire, dans la plupart des cas d'inflammation péri-utérine dans lesquels on peut songer à une ponction par le vagin ou par le rectum, nous sommes loin cependant d'exclure complétement l'emploi de l'instrument tranchant. Il est des cas, rares à la vérité, dans lesquels le trocart échoue à donner issue au pus, tant celui-ci est épais et consistant; il est des cas, d'ailleurs, dans lesquels le volume du foyer, sa situation dans le cul-de-sac recto-vaginal, son voisinage de l'orifice vulvaire, peuvent rendre l'emploi de l'instrument tranchant d'une facilité excessive, en

même temps qu'on obtient ainsi une évacuation plus complète et plus rapide, et la possibilité de faire dans l'intérieur du foyer des injections détersives, et même des injections de teinture d'iode. J'ai quelquefois essayé de faire pénétrer par le trocart qui avait donné issue au pus une certaine quantité de teinture d'iode jusque dans le foyer, et il ne m'a pas semblé que cette injection eût été suivie d'une modification favorable. Mais il y a de très-grandes différences entre une injection faite ainsi au moment même de l'ouverture de l'abcès et des injections faites plus tard, lorsque le foyer est organisé et un trajet fistuleux parfaitement établi.

En général, l'ouverture du foyer, de quelque manière qu'elle soit pratiquée, amène un grand soulagement. Mais ce soulagement est-il toujours durable? Il l'est d'autant moins que le travail inflammatoire a été incomplétement éteint; il l'est d'autant plus dans les conditions opposées. C'est certainement parce que cette opération avait été le plus souvent pratiquée à une époque où les collections purulentes étaient presque le seul reste de l'inflammation, que mon savant collègue et ami, M. Bourdon, a pu rapporter un si grand nombre de guérisons immédiates ou suivant de près la ponction. Mais je connais pour ma part beaucoup d'exemples, et j'en possède moi-même quelques-uns, dans lesquels l'ouverture par l'instrument tranchant ou par le trocart n'a eu qu'un succès momentané.

En résumé, abandonner à la nature l'ouverture des foyers purulents qui succèdent si fréquemment à l'inflammation de l'ovaire ou de la trompe comme à l'inflammation péri-utérine, tel est, selon moi, le précepte général qui doit présider à la conduite du médecin. Mais toutes les fois que, en même temps qu'il existe des symptômes graves, la tumeur pointe vers l'extérieur, que ce soit à travers la paroi abdominale, ou bien à travers le vagin ou le rectum, le médecin peut être autorisé à l'ouvrir, en faisant choix, à l'extérieur, de la cautérisation avec la pâte de Vienne; à l'intérieur, de la ponction avec le trocart capillaire ou avec le trocart ordinaire, plus rarement avec l'instrument tranchant, et de ce dernier procédé seulement lorsque le foyer est très-facilement accessible, et que son ouverture n'expose à intéresser aucun vaisseau important. Dans ce dernier cas, les injections aqueuses et légèrement détersives dans la cavité de l'abcès, et, mieux encore, les irrigations continues tièdes, sont évidemment très-utiles pour empêcher la pénétration de l'air et l'inflammation du foyer, sauf à en venir plus tard aux injections un peu irritantes et même aux injections iodées, si la suppuration se prolonge ou si le pus s'altère et se décompose.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau mode d'administration du fer : capsules hématiques.

A voir le nombre des sels de fer employés en médecine et les préparations si variées consignées dans nos Formulaires, il semble qu'il ne soit pas possible d'y ajouter. Il n'en est rien. Un de nos pharmacologistes les plus distingués, M. le docteur Foy, vient nous proposer d'emprunter ce précieux agent au sang. Là, en effet, dit-il, le fer se trouve tel que la thérapeutique le demande, tel que le chimiste le rencontre dans le lait, aliment initial du nouveau-né, etc. Voici la partie la plus importante du travail que M. Foy publie dans le Répertoire de pharmacie.

L'idée première d'employer le sang des animaux comme médicament n'est pas neuve : elle date du treizième siècle. Pendant longtemps, celui du bouquetin a passé pour une merveille contre la pleurésie ; on lui attribuait, de plus, des propriétés lithontriptiques, sudorifiques, alexipharmaques. Le sang de belette guérissait les écrouelles, etc. De nos jours, quelques médecins, Rimaud entre autres, font prendre le sang de veau sortant de la veine, encore chaud par conséquent, aux enfants chétifs, malingres, souffreteux. La chair de bœuf fraîche, non cuite, saupoudrée de quelques grains de sel ou de sucre, ou bien à peine soumise à l'action d'un foyer ardent et encore tout imprégnée de sang, est donnée à de jeunes malades, enfants, adolescents ou pubères, qui en extraient, par la mastication et l'insalivation, tout ce qu'elle contient de principes liquides, solubles, assimilables et corroborants. Les capsules que nous proposons n'ont pas d'autre but, la reconstitution de l'économie à l'aide du fer contenu dans le sang, du fer qui, peut-être, a joui de la vie comme tout ce qui existe et circule dans l'économie de l'homme, des animaux, des végétaux.

Dans le nouvel agent ferrugineux qui nous occupe, rien de neuf que la forme sous laquelle on l'administre ; mais aussi rien à craindre sous le triple rapport des réactions annihilantes, des accidents signalés, des absorptions avortées.

Le mode de préparation des capsules hématiques est des plus simples : aucun intermède, aucun dissolvant aqueux, alcoolique ou éthéré n'est appelé dans le *modus agendi*; pas de dessiccation, pas de pulvérisation, de trituration, qui, généralement, dénaturent les corps et leurs produits. Evaporer le sang dans le vide, ajouter à l'extrait obtenu une certaine quantité de phosphate de soude pour aider

à la solubilité gastro-intestinale de la fibrine solidifiée, transformer le tout en capsules, telles sont les opérations préliminaires et principales à faire subir au sang pour l'amener à l'état médicamenteux, Toutefois, un choix est à faire.

De même que le fer contenu dans le sang de l'homme varie selon l'âge, le sexe, l'état de santé ou de maladie, de même chez les animaux la proportion du fer est subordonnée à l'espèce, à la constitution, à la force du sujet qui a fourni le sang. Ainsi, l'analyse démontre que le veau, le bœuf, le mouton, pris à l'époque où ces animaux sont devenus propres à notre alimentation, ont un sang d'une richesse ferrique différente ; que dans le sang de mouton se trouve le *maximum*, dans le sang de veau le *minimum*, dans le sang de bœuf le *medium* de cette même richesse. D'où trois degrés différents ou trois formules à admettre pour les capsules hématiques : *capsules au sang de veau, au sang de bœuf, au sang de mouton.*

Autre distinction ; celle-ci découle des qualités mêmes du fluide sanguin. On sait que ces qualités diffèrent non-seulement dans les vaisseaux principaux (artères et veines) qui le contiennent et le charrient, mais encore dans les vaisseaux du même genre, les veines. Le sang artériel est éminemment stimulant et fortifiant ; lui seul entretient la vie, nourrit les organes, reste identique dans tous ses conduits. Il est plus riche en fibrine que le sang veineux, plus ferrugineux par conséquent ; il est moins altérable ; sa nature, sa composition, sont plus constantes.

Le sang veineux, au contraire, n'a aucune des propriétés vivifiantes et corroborantes du sang artériel. Mêlé à ce dernier, il cause une mort prompte, ou du moins il donne lieu à des désordres profonds et persistants, contre lesquels les secours de l'art luttent souvent avec peu de succès. Sans être taxé d'un humorisme renforcé, on peut considérer les altérations du sang veineux comme causes ou effets, mais surtout comme causes d'un grand nombre de maladies. Les observations de chaque jour prouvent la vérité de cette proposition.

De ce qui précède il résulte que le sang artériel devait avoir la préférence sur le sang veineux pour servir à la préparation des capsules hématiques. La préférence lui a été donnée.

Avant de faire connaître nos formules, disons que, depuis cinq années, les capsules hématiques, administrées sous le nom de *pilules ferrugineuses*, et simplement secondées dans leur vertu corroborante par une diététique convenable, ont eu des succès thérapeu-

tiques nombreux et remarquables entre les mains des praticiens les plus habiles et les plus renommés.

Nous ne citerons aucun nom, nous n'invoquerons non plus ni le témoignage de l'Académie impériale de médecine, ni celui de ses membres les mieux placés dans l'opinion publique, les plus autorisés dans la science. Trop d'abus ont été commis, trop d'abus le sont encore, comme moyen de réclame, pour ajouter aux méfaits de ce genre et augmenter les regrets nombreux, déjà vivement exprimés par les esprits sérieux du corps médical. Au surplus, nous l'avons déjà dit, rien de nouveau dans les capsules hématiques, que la forme pharmaceutique ; rien de nouveau non plus, et surtout rien de secret, dans le mode de préparation. Pas de *tour de main* à connaître, à exécuter, pour arriver à un résultat qui soit toujours le même. Enfin, aucune approbation à demander touchant les bons effets du sang dans la chlorose ou *pâles couleurs*, dans l'anémie générale, les troubles menstruels, les leucorrhées ou *flueurs blanches* : l'expérience, interrogée tout d'abord, a répondu par l'affirmative. Nous n'avions donc pas à suivre la voie des inventeurs de remèdes nouveaux, convaincu d'avance que l'expérience de l'avenir sanctionnera l'expérience du passé.

Une seule chose a été changée, la dénomination du médicament. L'étymologie de celle que nous adoptons définitivement rend cette dénomination plus exacte, plus précise.

N° 1.	Extrait de sang artériel de veau..........	500 grammes.
	Phosphate de soude....................	50 grammes.

Mêlez exactement et faites des capsules de 25 à 50 centigrammes.

Chaque capsule contient une faible quantité de fer ; mais c'est ce minimum même du corps métallique qui assure son entière et complète absorption, et qui rapproche les capsules hématiques des eaux minérales ferrugineuses naturelles, agents médicamenteux dont les propriétés et la réputation bien méritée sont vieilles comme les maladies contre lesquelles on les emploie.

N° 2. Extrait de sang artériel de bœuf.
N° 3. Extrait de sang artériel de mouton.

Opérez comme pour le numéro 1.

Les capsules hématiques doivent être préparées extemporanément, ou au moins tous les huit ou dix jours. Leur dose varie entre 10, 15 et 20 par jour, en commençant par celles qui sont faites avec le sang de veau. On les donne le matin à jeun, dans un peu d'eau su-

crée, ou mieux dans les premières cuillcrées de potage, dc café ou de chocolat.

Après huit jours de l'usage des capsules au sang de veau, on prescrit, pendant le même temps, les capsules au sang de bœuf, et on termine par les capsules au sang de mouton. Huit ou dix jours dc repos sont accordés, puis, si besoin est, on recommence, et on agit comme il vient d'être dit.

Sirop et topique contre la goutte et le rhumatisme.

Dans un récent travail adressé à l'Académie de médecine, le docteur Le Clavé propose les deux préparations ci-dessous :

Sirop.

Extrait alcoolique d'aconit..............	50 centigrammes.
— de digitale...........	50 centigrammes.
— de menthe poivrée.....	50 centigrammes.
Extrait aqueux de persicaire.............	1 gramme.
Eau distillée............................	Q. S.

Pour dissoudre :

Sirop de gomme..........................	300 grammes.

Une cuillerée à café le matin, une à midi et une le soir, dans un verre d'eau gommée.

Topique.

Teinture de lierre terrestre........	100 grammes.
— de scille................	100 grammes.
— de menthe poivrée.......	100 grammes.
— de belladone............	60 grammes.

On enveloppe les parties affectées d'une compresse imbibée de ce topique.

Glycérolé antiherpétique.

Dans toutes les affections herpétiques, M. Fabre conseille l'essai de la formule suivante :

Glycérine purifiée....................	15 grammes.
Extrait de *chelidonium majus*.........	2 grammes.
Acide tannique pur....................	2 grammes.
Alcoolature de *chelidonium majus*......	Q. S.

Délayer l'extrait de *chelidonium* à l'aide de l'alcoolature, ajouter peu à peu le tannin et ensuite la glycérine, et bien mélanger le tout dans un mortier de verre ; aromatiser avec l'essence d'amandes

amères ou une autre essence, et verser dans un flacon qu'on doit tenir bien bouché.

On en étend, à l'aide d'un petit pinceau de blaireau, une couche sur la partie malade, et on laisse sécher ; on renouvelle cette application plusieurs fois dans la journée.

Lorsqu'on n'obtient pas, après l'emploi d'un ou deux flacons, un résultat satisfaisant, on remplace, dans la formule, le tannin par le protosulfate de fer pur ; le reste comme ci-dessus.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Potion au carbure de soufre contre le choléra.

Les cas nombreux de choléra sporadique, signalés en ce moment dans diverses parties de la France, m'engagent à vous adresser la formule d'une potion qui m'a rendu d'immenses services dans l'épidémie du fléau indien que nous avons subie en 1855 dans le département du Haut-Rhin. Cette formule fait partie d'un traitement du choléra que j'ai développé dans un mémoire qui attend, depuis deux années, dans les cartons de l'Académie de médecine, le bon vouloir de la Commission chargée de son examen. Dans ce travail, j'aborde les deux points principaux de la thérapeutique des maladies épidémiques : 1° l'étude des moyens prophylactiques qui, enrayant le développement de la maladie chez les individus les premiers atteints, prévient sa diffusion dans les masses ; 2° celle des moyens à opposer à la maladie arrivée à son apogée.

Dans cette note, tracée à la hâte, je veux me borner au traitement de l'affection à l'état sporadique. Depuis l'invasion de l'épidémie de 1831, le choléra *nostras* ne s'observe plus avec cette simplicité qui permettait d'en triompher à l'aide des agents les plus vulgaires ; l'affection est toujours grave, et, pour peu qu'une constitution médicale tranchée existe, son traitement réclame l'intervention de moyens énergiques empruntés aux médications employées avec succès dans les temps d'épidémie. Dans les deux circonstances, l'indication principale est de pouvoir provoquer une réaction prompte et franche.

L'agent qui m'a paru produire le plus sûrement ce résultat est le *carbure de soufre* (alcool de soufre, liqueur de Lampadius, sulfure de carbone) ; médicament peu usité en France [1], il est plus em-

---

[1] *L'Officine* de M. Dorvault est le seul des ouvrages classiques qui fasse

ployé en Allemagne, mais jamais on n'avait encore pensé à s'en servir contre le choléra. Cependant le carbure de soufre me paraît l'agent thérapeutique le plus capable de produire une réaction prompte et franche, comme j'ai été à même de m'en convaincre, dans tous les cas où l'occasion de l'employer s'est présentée, pendant l'épidémie de 1855. Aussitôt ingéré, les malades m'ont accusé un bien-être général; à la sensation du froid succédait celle d'une chaleur très-agréable se répandant, comme ils disaient, dans tous leurs membres; et immédiatement après arrivait la cessation des crampes et autres symptômes dangereux, au point qu'à ma visite suivante mes malades se disaient guéris. — Il y avait longtemps déjà que je m'étais aperçu, en me servant de ce remède dans d'autres affections, comme le rhumatisme, alors que la transpiration était complétement supprimée depuis un certain temps, que je parvenais toujours à la rappeler immédiatement; d'où j'ai conçu l'idée de m'en servir dans le choléra. Le succès n'a pas tardé à justifier mon attente. Depuis 1855, je l'ai toujours employé en mixture, comme il suit :

Pr. Menthe poivrée........................	4 grammes.

Faites infuser dans Q. S. d'eau bouillante pour obtenir :

Colature..................................	120 grammes.

Après refroidissement, ajoutez :

Alcool de soufre..........................	20 gouttes.

Dissous préalablement dans :

Ether sulfurique..........................	4 grammes.
Laudanum de Sydenham......................	35 gouttes.
Sirop simple..............................	30 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les heures, en prenant le soin de bien secouer la bouteille chaque fois qu'on administre la potion.

On me dira peut-être que la formule est complexe, que ce n'est point au médicament que je propose que je dois uniquement attribuer le succès. Je répondrai à cette objection que, dans le com-

mention de ce médicament. Voici les renseignements fournis : « Le sulfure de carbone, plus souvent nommé carbure de soufre, pur, est liquide, transparent, incolore, plus pesant que l'eau ; son odeur est alliacée, pénétrante, fétide ; sa saveur est âcre et brûlante. Il se vaporise à l'air libre. Il est insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther et les corps gras. Il dissout l'iode, le soufre, le phosphore, les corps gras, le camphre, les résines, la gutta-percha, le caoutchouc, avec une grande facilité. Sa dissolution alcoolique s'altère facilement; mais si l'on fait intervenir de l'essence de menthe, sa décomposition n'a pas lieu, et, de plus, son odeur fétide est dissimulée. » (*Note du Rédacteur.*)

mencement de l'épidémie, dans les cas graves, c'est-à-dire arrivés à l'état algide, le laudanum et l'éther réunis n'avaient aucun succès; c'est alors seulement que je pris le parti d'y joindre le carbure de soufre, et, à dater de ce moment, j'ai compté des succès nombreux. D'ailleurs, la réunion de ces substances ne répond-elle pas à l'état complexe de la maladie, en elle-même : algidité, douleurs abdominales, et crampes?

Je donne ce traitement, à ne juger que d'après ma propre expérience, comme devant être le plus efficace : je ne le dis pas cependant infaillible; reste à l'expérience de prouver sur une vaste échelle la valeur de ma proposition, et je m'estimerai heureux d'avoir contribué à diminuer l'énorme léthalité de ce terrible fléau.

F. Pilaski, D. M.
à Bernwiller (Haut-Rhin).

Observations à l'appui des bons effets de l'esculine comme traitement des névralgies.

L'expérimentation des produits thérapeutiques fournis par la matière médicale indigène, après avoir été si longtemps négligée, semble reprendre faveur. Quelques ressources réelles sont déjà sorties de cette étude, surtout en ce qui concerne le traitement des fièvres intermittentes. Quelle est la place réservée à l'esculine parmi les fébrifuges indigènes? Le moment ne nous paraît pas encore venu de trancher la question, mais ce que des essais déjà nombreux ont démontré, ce sont les bons effets de ce nouvel agent dans le traitement des névralgies périodiques. Les faits suivants en serviront de preuve nouvelle.

Obs. I. M. M***, domicilié à Montluel, âgé de cinquante ans, d'un tempérament bilieux, fatigué par des travaux de cabinet, ressentait, depuis plusieurs jours, une cardialgie revenant tous les matins, à dix heures. La douleur, qui était atroce, durait environ une heure et se terminait par de nombreuses éructations. M. M*** n'éprouvait plus jusqu'au lendemain qu'un peu de faiblesse et reprenait néanmoins ses occupations. — 2 grammes d'esculine le soir : retour de l'accès le lendemain; 2 grammes encore : retour de l'accès, mais moins long et moins fort; 2 grammes une troisième fois : l'accès est coupé et la névralgie n'a pas reparu depuis près de trois mois.

Obs. II. Mme veuve F***, de Montluel, âgée de soixante-trois ans, rentière, d'un tempérament nerveux par excellence, affaiblie par de nombreux enfants et de grands chagrins, est très-sujette aux névralgies. En mars dernier, elle ressentit une douleur frontale qu'elle reconnaissait très-bien, mais qui, cette fois, ne se comportait pas

comme les autres, car elle revenait régulièrement tous les jours, vers les cinq heures du soir, pour ne disparaître que dans le milieu de la nuit. Cette malade avait déjà subi six accès, lorsque je lui donnai 1gr,25 d'esculine, et cette faible dose réussit à empêcher le retour de la névralgie.

Obs. III. Mme P***, de la Boisse (Ain), âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, fut prise, à la suite d'une couche, du reste des plus heureuses, d'une névralgie temporo-faciale, revenant tous les soirs à six heures, et durant toute la nuit. La malade s'endormait sur le matin, et la journée se passait sans douleurs. Appelé après le huitième accès, je donnai 2 grammes d'esculine. Retour de l'accès : 2 grammes encore. Cette fois la névralgie disparut et elle ne s'est pas reproduite depuis deux mois.

Obs. IV. Sœur Marie T***, religieuse à la Visitation de Montluel, âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament essentiellement nerveux, contracte une névralgie temporo-maxillaire, revenant tous les soirs à neuf heures, et se traduisant par une douleur lancinante des plus aiguës qui, après plusieurs heures de durée, se terminait par un bon sommeil. Le matin et dans la journée, pas la moindre souffrance. Il y avait déjà plus de quinze jours que la névralgie existait, quand je fis prendre 2 grammes d'esculine. L'accès ne revint pas, et la malade se croyait tout à fait guérie, car les douleurs ne reparurent qu'au bout d'un mois, et toujours périodiques. Même dose d'esculine, même résultat. Quinze jours après, retour des accès : cette fois les douleurs avaient leur point de départ sur une dent cariée ; j'en fis l'extraction, et depuis deux mois la névralgie n'est pas revenue. Il est plus que probable que ce moyen seul aurait réussi au début des accès, si la malade, qui souffrait dans la moitié gauche de la tête, avait eu quelques raisons pour fixer mon attention sur ce point.

Je regarde cette observation comme très-remarquable, et prouvant plus qu'aucune autre peut-être l'action antipériodique de l'esculine, puisqu'à deux reprises les accès ont été coupés, malgré la persistance de la cause.

Obs. V. Marie D***, domestique à Montluel, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, mais habituellement d'une bonne santé, fut prise, en avril dernier, à la suite d'un refroidissement, d'une névralgie temporo-maxillaire, revenant tous les soirs, vers les quatre heures, et se prolongeant jusque dans le milieu de la nuit. La pauvre fille souffrait tellement qu'elle était obligée d'interrompre son service, au moment de l'accès. Consulté après le cinquième accès, je donnai 2 grammes d'esculine. Retour de la névralgie : 2 grammes à nouveau ; retour encore, mais l'accès est affaibli considérablement. Je donne 1 gramme seulement, et la guérison est obtenue. Depuis lors, Marie n'a pas ressenti la plus petite douleur.

Obs. VI. Jean B***, ouvrier en soie à Montluel, sujet aux névral-

gies, avait, depuis dix jours, une gastralgie rémittente, avec paroxysmes bien marqués, le matin et le soir, à des heures réglées. Après avoir employé divers calmants sans succès, ce malade vint me consulter. Je lui donnai 4 grammes d'esculine, divisés en huit prises, à prendre une le matin et une le soir. Dès le second jour les accès furent coupés. Je fis néanmoins continuer le médicament, et la gastralgie disparut complétement. Depuis près de deux mois, Jean B*** n'a pas éprouvé de nouvelles douleurs.

Obs. VII. C***, cultivateur à Balan (Ain), âgé de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, avait eu, pendant l'automne de 1858, plusieurs récidives d'une fièvre tierce, qui fut guérie par le sulfate de quinine. Cette année, au mois d'avril, il éprouva une douleur sus-orbitaire des plus aiguës, revenant régulièrement tous les deux jours, depuis une quinzaine. 4 grammes d'esculine, pris en deux jours, guérirent cette névralgie, qui ne s'est plus reproduite.

Je poursuis mon expérimentation, et j'espère vous envoyer prochainement un plus grand nombre d'observations. Plein de confiance en l'action de ce médicament, et encouragé par son efficacité bien évidente, je me propose de l'employer, non-seulement dans les névralgies périodiques, mais encore dans celles qui, en étant plus ou moins continues, présentent des caractères irréguliers, tenant véritablement de l'intermittence. J'ai aussi l'intention de l'essayer dans certaines névroses, comme l'asthme, la coqueluche, où j'ai l'espoir de réussir.

MONVENOU, D.-M.,
à Montluel (Ain).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la médication complète du choléra asiatique, considéré comme une fièvre puludéeune épidémique très-pernicieuse de l'Inde orientale, offrant avec le type continu les formes nerveuse, sudorale et gastro-intestinale, etc., par le docteur BOURGOGNE père, de Condé (Nord), membre du Comité de salubrité de l'arrondissement de Valenciennes, pendant le cours des trois épidémies de choléra, etc.

Un écrivain éminent exprimait naguère sous cette forme vive le scepticisme systématique qui est le fond de sa doctrine : « Qui sait si la finesse d'esprit ne consiste pas à s'abstenir de conclure (1)? » Ce n'est pas nous, assurément, qui voudrions convertir ce jeu d'esprit en un principe logique, appelé à gouverner le développement de la science ; moins absolue est notre intention : en exprimant ici cette idée, nous la proposons seulement comme une règle de bon sens à

(1) *Averroès et de l'averroïsme*, par Ernest Renan.

l'usage d'une foule d'intelligences secondaires dont elle est tout le génie possible. Pour peu qu'on se soit réellement mesuré avec les difficultés d'un point quelconque de la science, et qu'on soit franc et loyal avec soi-même, on arrive bien vite à cette philosophie à laquelle les sophismes de l'orgueil seuls nous rendent infidèle. Mais si, non content de cet enseignement autodidactique, on jette un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de la science, combien cette estime modérée de soi, cette modestie ne deviennent-elles pas plus légitimes, plus justes encore ! De combien d'erreurs la science n'est-elle pas encombrée, et qui eussent été évitées, au grand honneur de l'art, à la faveur de cette prudence dans laquelle il entre tant de bon sens ! En lisant avec attention l'ouvrage de M. le docteur Bourgogne, nous nous sommes demandé si cette sage réserve, cette prudente circonspection, il l'avait toujours observée, et si les hardies conclusions qu'il n'a pas craint de formuler, il était en droit de les tirer du contingent d'observations, d'ailleurs intéressantes, qu'il apporte à la science. Avant de répondre nous-même à cette question, qu'on nous permette d'indiquer sommairement ce que c'est que ce *Traité de la médication complète du choléra asiatique*, et quelles sont les conclusions hardies que, sans sourciller, le laborieux médecin de Condé (Nord) a posées dans son livre.

Disons d'abord que ce livre, pour qu'on en puisse bien saisir la pensée, demande à être lu d'un bout à l'autre. Il est, en effet, scandé en une foule de divisions qui ne se lient pas d'une manière fort intime, et où la polémique, sous une forme quelquefois un peu acerbe, se marie non toujours très-heureusement à un dogmatisme légèrement aventureux. C'est ainsi que l'auteur commence par discuter les programmes des concours relatifs au choléra asiatique, ouverts simultanément dans plusieurs académies; c'est là, on en conviendra, un vrai hors-d'œuvre, où il ne nous apparaît qu'une chose, c'est que le prix Bréant le tenterait fort, ce qui se conçoit de reste, mais où en même temps il traite, ce nous semble, un peu de haut, de hardis travailleurs qui, après tout, n'ont pas montré plus de prétentions que lui. Ce prologue terminé, vient ensuite une préface où M. Bourgogne se plaint, comme d'une quasi-injustice, d'un rapport de M. le docteur Dehous, où l'on ose mettre en doute quelques-unes des propositions explicites du médecin de Condé. Après cette préface viennent des considérations générales, puis l'examen de quelques lettres d'hommes bien placés dans la science, et que, dans sa modestie, notre honorable confrère M. Dehous avait bien voulu consulter sur les questions mêmes qu'agite si bruyam-

ment M. Bourgogne père, et où ces médecins judicieux se montrent beaucoup trop circonspects, au gré de ce dernier, sur les graves questions qu'il n'a pas craint d'aborder et de résoudre d'une façon si magistrale. Enfin, l'auteur arrive, après s'être si longtemps égaré dans ces capricieux méandres, à ce qui fait l'objet même de son livre, à la question de la nature du choléra, et à celle de son traitement.

La nature du choléra ! M. Bourgogne nous apporte-t-il enfin quelque lumière sur ce mystère, que nous croyions tous jusqu'ici à peu près impénétrable ? Ce serait en effet là une bien grande découverte, et qu'à peine rémunérerait dignement le fameux lingot d'or de l'Institut, sans compter les roubles de la Russie et les appoints de l'Académie de Belgique. La nature du choléra ! Est-ce que nous savons la nature de quelque chose ? On rêve sur de telles questions, on ne pense pas. Le moyen âge avait de ces prétentions : on sait ce qu'il en est advenu ; cet esprit mauvais est mort, laissons-le en paix ; n'aspirons qu'au possible, qui nous est, hélas ! si souvent impossible ; le luxe ici, comme souvent, n'est guère la marque de la richesse. Mais, hâtons-nous de le dire, M. Bourgogne ne soutient pas longtemps cette prétention ; son esprit juste le ramène vite dans la voie de la réalité, et il ne s'efforce d'établir qu'une chose sur la nature du choléra, c'est son identité avec l'intoxication paludéenne. Tous les grands monographes de l'impaludation ont signalé une forme de cette vie accidentelle anomale, qui, par plus d'un trait, rappelle la grande endémie de l'Inde orientale : ce rapport une fois saisi, nous comprenons que l'idée de cette assimilation se soit immédiatement présentée à l'esprit des observateurs. Mais cette illusion ne devait durer que le temps d'une expérience, et, à la seconde visite du fléau asiatique, tout le monde renonça à une assimilation que la complète inefficacité du sulfate de quinine, à une période quelconque de la maladie, commandait impérieusement de rejeter. Il est des cas où la poursuite de ces rapports entre une maladie connue et une maladie analogue, et semblant survenir dans des conditions étiologiques différentes, peut conduire à des résultats importants ; nous en avons vu un exemple dans ce qui a trait à l'entité morbide nouvelle, que quelques pathologistes distingués ont voulu introduire, dans ces derniers temps, dans le cadre nosologique : nous voulons parler de la colique sèche des pays chauds. M. Lefebvre, directeur du service médical au port de Brest, vient de démontrer que cette maladie n'est rien moins qu'une entité pathologique nouvelle ; qu'elle est tout simplement

une forme de l'intoxication saturnine, à laquelle des conditions étiologiques spéciales donnent seulement une physionomie à quelques égards particulière. Quelques épidémistes du dix-huitième siècle, qui observaient, soit en Angleterre, soit dans le nord de la France, constatèrent à diverses époques une maladie populaire, qu'ils assimilèrent, eux aussi, à cette prétendue endémie spécifique des pays intertropicaux. Or, eux aussi s'étaient trompés, et une observation plus attentive démontra que cette entéralgie spécifique n'était rien de plus que la colique saturnine, déterminée, en certaines années, par la falsification du cidre, au moyen de divers sels plombiques. Il y avait là des rapports réels, et qui ont fini par être très-positivement démontrés. Mais en est-il ainsi du choléra asiatique et de l'intoxication paludéenne? Non, assurément. La diffusion sans limites de la cause génératrice du choléra, son ubiquité, sa marche incessamment continue et aggravante, dans laquelle n'apparaît même effacé aucun trait de la marche périodique des accidents propres à l'impaludation, la non-coexistence du *processus* intermittent avec l'affection cholérique, enfin et partout la complète inefficacité dans cette dernière du spécifique qui combat d'une manière si triomphante le délétère paludéen, etc., voilà autant de raisons qui rendent illusoire toute assimilation entre ces deux affections morbides. M. Bourgogne, qui, il faut le reconnaître, a approfondi la question qu'il traite, demande à son contradicteur, M. Dehous, si l'impaludation ne se produit que sous la forme périodique; si, dans quelques conditions, on ne la voit pas prendre complétement le masque de la continuité. Continue ou intermittente, cette forme, c'est encore la réaction fébrile; en est-il ainsi dans le choléra? Et puis, dans ces fièvres pseudo-continues des pays chauds, qu'Hippocrate avait déjà signalées, et que nos médecins d'Afrique ont posées si nettement, que désormais ce type insolite de l'impaludation ne saurait plus être contesté, dans ces fièvres pseudo-continues, n'y a-t-il rien qui rappelle leur origine? Ces rémissions incomplètes, ces sueurs actives, ne sont-elles pas là pour dénoncer le génie du mal? Encore une fois, en est-il ainsi dans le choléra?

A ne considérer l'assimilation que tente M. le docteur Bourgogne que du côté des accidents par lesquels se phénoménisent, pour parler un instant le langage un peu prétentieux de notre honorable confrère, les deux affections morbides, cette assimilation est donc impossible. Mais le laborieux médecin de Condé est un esprit trop sérieux et trop bien fait pour asseoir toute une théorie sur de si vagues et de si insaisissables analogies : comment s'y prend-il pour

légitimer même à ses yeux une affirmation si explicite ? C'est ce que nous allons dire en deux mots. Dans presque tous les cas, le choléra est précédé de prodromes, ou bien, si l'on veut, la maladie n'arrive pas d'emblée à éteindre dans l'organisme frappé toute réceptivité à l'endroit des médications propres à la combattre : or, c'est alors qu'il faut agir, c'est alors qu'il faut opposer au mal le spécifique de l'impaludation. Cette marche logique, l'auteur l'a suivie, et, dans sa conviction, des masses d'individus, touchés par la maladie, ont échappé à sa redoutable étreinte, ont échappé à une mort inévitable. Nous craignons qu'ici encore M. le docteur Bourgogne ne soit dans une complète illusion. En temps d'épidémie cholérique, il existe une foule d'individus dont la santé est plus ou moins troublée; il y a même une forme d'accidents, prodromes ordinaires de la maladie, que beaucoup éprouvent, sans que celle-ci se réalise ; c'est en un cas pareil que M. Bourgogne a eu recours au spécifique, et il prétend qu'alors il a prévenu le mal, en le détruisant dans sa racine : *principiis obsta*. Mais qui ne voit que, pour tirer une telle conclusion, ce ne serait pas quelques faits qu'il faudrait avoir observés, mais des masses de faits ? Qui n'a vu, dans certains groupes de population, apparaître, en temps d'épidémie cholérique, de tels accidents, lesquels se dissipaient spontanément, sans qu'on leur opposât rien qu'un peu de régime, ou quelquefois sans qu'un régime quelconque y concourût ?

Ce livre, tout excellente que soit l'intention qui l'a fait entreprendre à son auteur, n'appelait peut-être pas un si long examen ; mais il paraît qu'en ce moment même le choléra sévit avec une très-grande intensité en Russie [1]; est-ce une première étape du fléau pour revenir encore une fois dans notre Europe occidentale ? ***Dii omen avertant.*** Dans tous les cas, quelque improbables que nous paraissent les vues du laborieux médecin de Condé, nous avons voulu les faire connaître, afin que si, par impossible, quelque vérité était là, les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* pussent en faire bénéficier les populations.

---

[1] Depuis que ces lignes ont été écrites, les journaux n'ont plus reparlé de cette recrudescence du choléra dans ce pays : est-ce silence prudent, ou était-ce mensonge ? nous ne savons.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur la constitution médicale régnante. — Les chaleurs excessives que nous traversons depuis quelques mois et qui ne semblent pas encore sur le point de nous quitter ont créé de toutes pièces une constitution médicale, à laquelle il était du reste assez naturel de s'attendre, et, comme dans tous les pays remarquables par l'élévation de leur température atmosphérique, nous avons vu paraître les affections gastro-intestinales aiguës que ces conditions climatériques ont toujours pour résultat d'entraîner à leur suite. Les embarras gastriques ou gastro-intestinaux, avec ou sans fièvre, les diarrhées n'ont pas tardé à se montrer, et dans quelques cas ces diarrhées, se compliquant de vomissements, de refroidissement des extrémités, de cyanose, ont pu jeter dans le public des craintes relativement à la réapparition du choléra parmi nous. Ajoutons cependant que le plus souvent ces accidents, quelque graves qu'ils pussent paraître au premier abord, n'ont pas tardé à céder à un traitement bien entendu, et que ces faits se sont d'ailleurs montrés assez isolés pour qu'on n'ait jamais pu croire à une nouvelle épidémie cholérique. Depuis quelques jours, du reste, ces cas sont devenus plus rares et ont fait place à de véritables dyssenteries, avec le cortége habituel des symptômes de cette affection, et surtout avec un abattement très-prononcé, qui ne paraît pas seulement en rapport avec les accidents dyssentériques, mais bien plutôt en relation avec les conditions climatériques actuellement régnantes. La dyssenterie ne se montre pas d'ailleurs plus grave ou plus rebelle que les accidents gastro-intestinaux antérieurs : en trois ou quatre jours, dès que les malades veulent s'astreindre au repos et à la diète, les accidents se calment et la guérison ne se fait pas attendre.

On comprend que, en présence d'affections aussi bénignes en général que celles dont nous venons de parler, nous n'ayons pas à insister longuement sur les moyens thérapeutiques à mettre en usage. Ces moyens sont ceux que l'on emploie habituellement, et plus particulièrement les vomitifs et les purgatifs, toujours de mise dans des conditions climatériques comme celles qui règnent en ce moment. L'ipécacuanha a retrouvé ici ses applications journalières de la médecine des pays chauds; et ce n'est qu'après l'emploi de ce précieux agent et des purgatifs salins que l'on peut en venir à l'opium, qui termine heureusement les accidents. On voit que nous aurions pu nous dispenser, à la rigueur, de parler de cette consti-

tution médicale, puisqu'en définitive elle est celle des saisons chaudes, ni plus ni moins; mais nous tenions à faire justice des craintes exagérées qu'avaient fait naître quelques-uns des cas auxquels nous faisions allusion plus haut, nous tenions à rassurer les médecins relativement à l'apparition possible d'une épidémie cholérique, nous tenions surtout à leur rappeler qu'ils sont bien loin d'être désarmés en face des accidents divers de la constitution médicale actuelle.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Angine couenneuse. *De quelques moyens simples; glycérine; injections de chlorure de sodium en solution.* Pendant une épidémie d'angines couenneuses qui a sévi durant deux années dans le département de Seine-et-Oise, M. le docteur Bouillon-Lagrange a été à même d'employer et de juger comparativement les divers caustiques et agents locaux en usage dans le traitement de cette cruelle affection. Il a employé l'acide hydrochlorique, le nitrate d'argent solide, avec persévérance et vigueur, sans en avoir jamais observé de bons effets, si bien qu'avant la fin de l'épidémie il y avait complétement renoncé, pour s'attacher de préférence à l'emploi de la glycérine, sur laquelle les expériences de M. Bouchut ont appelé son attention. « Ces applications douces, qui, *seules*, dit-il, des topiques employés jusqu'ici, exercent une action dissolvante sur les fausses membranes, les détachent plus rapidement que tous les autres, et cicatrisent promptement la muqueuse mise à nu, et quelquefois érodée ou altérée. » Après une expérience assez longue, ajoute-t-il, après avoir vu les gargarismes plus doux, et surtout celui à la glycérine, avoir autant de succès que les caustiques les plus énergiques, je crois qu'il faut chercher ailleurs que dans une médication purement locale le moyen de modifier cette tendance à la formation pseudo-membraneuse, qui fait le danger des graves diphthérites, et qu'il faut trouver un modificateur général capable de détruire cette fâcheuse disposition de l'organisme.

Les médicaments vantés comme altérants ne lui ont paru avoir aucune action sur le principe même du mal, ni le calomel, ni le tartre stibié, ni le sulfate de cuivre; le chlorate de potasse, le bicarbonate de soude, ne lui ont paru, non plus, jouir d'aucune efficacité curative, aussi bien comme agents internes que comme moyens locaux. En présence de tous ces insuccès, M. Bouillon-Lagrange a eu, à la fin de l'épidémie, l'idée d'employer à l'intérieur la glycérine, dont l'effet topique lui avait paru excellent. Il ne l'a appliquée, il est vrai, qu'à des cas d'un degré moyen; mais, parmi ces malades, il y avait de jeunes enfants chez qui la maladie est toujours, comme on le sait, plus grave, toutes choses égales d'ailleurs; un seul a succombé. Enfin la glycérine a, à ses yeux, cet avantage de pouvoir, à raison de son innocuité, être administrée à toutes doses, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

Voici un autre moyen, tout aussi simple, et dont l'un des praticiens les plus distingués de Paris, M. le docteur Roche, dit avoir retiré, depuis deux ans, les résultats les plus satisfaisants. Ce moyen consiste en des irrigations continues ou presque continues d'*eau salée* dans la gorge, pratiquées avec l'irrigateur Eguisier, armé d'une canule à jet très-fin, le malade étant assis ou couché sur le côté, le corps penché au-dessus d'une cuvette pour recevoir le liquide au fur et à mesure qu'il ressort. Sur six malades auxquels M. Roche a appliqué cette méthode, depuis ses premiers essais, aucun n'a succombé.

Voici les deux observations les plus récentes:

Un homme d'une cinquantaine d'années avait les deux amygdales et la luette recouvertes de fausses membranes lisses, résistantes, semblables à du vieux parchemin; l'une d'elles se prolongeait en pointe, dans la direction du larynx; les ganglions sous-

maxillaires des deux côtés étaient considérablement engorgés. M. Roche cautérisa immédiatement avec le crayon d'azotate d'argent, et prescrivit l'usage d'une potion contenant 6 grammes de chlorate de potasse à prendre par cuillerées, d'heure en heure, un lavement purgatif et des boissons émollientes. Dès le soir même il y avait un peu d'amélioration. Le lendemain matin, il fit commencer les irrigations d'eau salée, pratiquées toutes les heures. Au bout de vingt-quatre heures, un changement notable était survenu; les ganglions du cou avaient considérablement diminué, les fausses membranes avaient pris un aspect tomenteux, blanc et comme pultacé. Peu à peu elles se sont amincies sous la seule influence des irrigations, au point de laisser entrevoir les amygdales au-dessous d'elles, comme à travers une gaze. Le malade entra promptement en convalescence.

Chez une petite fille de quatre à cinq ans, il ne lui fut pas possible d'appliquer le crayon d'azotate d'argent, tant elle opposa de résistance. Il fallut se contenter du chlorate de potasse et des irrigations salées. Elle guérit comme le précédent malade, et cependant, comme lui, elle avait les ganglions du cou énormément tuméfiés; les amygdales, les piliers du voile du palais et la luette étaient couverts de fausses membranes dures, épaisses, parcheminées, et les accidents duraient depuis trois jours, quand il la vit pour la première fois. (*Union médicale*, juillet 1859.)

Café. *De son emploi comme diurétique dans les hydropisies.* Dès 1725, un médecin hollandais, Th. Zwinger, recommandait le café comme un moyen à employer contre l'hydropisie. Les dernières recherches de Lehmann ont démontré que, chez les personnes qui font usage du café, la proportion d'eau contenue dans l'urine se trouve augmentée, et que l'urée, l'acide phosphorique et, en général, les parties solides, paraissent plutôt diminués. Ces derniers, demeurant ainsi en plus grande quantité dans l'organisme, augmentent d'autant ses propriétés nutritives.

Quand on emploie le café comme diurétique, il ne faut pas le donner avec du lait, parce qu'alors il développe des flatuosités et agit chez beaucoup de personnes comme purgatif. Il faut ordonner la décoction de café pur, qui, comme chacun sait, exerce une action très-tonifiante sur l'intestin. Nous avons pensé, en outre, qu'il serait bon de recommander le café comme un moyen spécial contre l'hydropisie, car on avait complétement oublié qu'il pût exercer une action thérapeutique sur cette affection. (*Répertoire de pharmacie*, juillet 1859.)

Canules en ivoire ramolli. *Leur usage dans le traitement des abcès sinueux ou profonds.* A la suite des contusions simples ou des plaies contuses dont nos blessés d'Italie ont dû offrir un si grand nombre d'exemples, les déchirures des vaisseaux entraînent la formation de caillots sanguins plus ou moins volumineux. S'il n'y a pas plaie, ces caillots abandonnés à eux-mêmes sont le plus souvent résorbés lorsqu'ils ne sont pas trop volumineux et surtout si on ne trouble pas la séparation du sérum et de la partie fibreuse, séparation qui tend à se faire naturellement; la sérosité est d'abord résorbée, et puis la matière colorante du caillot est absorbée à son tour. La fibrine se resserre, se transforme en tissu cellulaire dense, moins consistant toutefois que le tissu fibreux des cicatrices dont il est l'analogue. Si, au lieu d'être tenu dans le repos et l'isolement, le caillot est mis en contact avec l'air extérieur, s'il est brisé, si les éléments qui le composent et qui tendaient à le séparer sont brouillés, alors il s'opère une sorte de fermentation; ce sang se décompose pour donner naissance à du putrilage, et c'est au plus vite qu'il doit être expulsé des parties qui le contiennent, si l'on ne veut le voir agir comme un corps irritant. De là, deux indications : la première d'être sobre de toute manœuvre chirurgicale capable de briser les caillots et de les convertir en corps étrangers non assimilables; la seconde, qui consiste à faciliter l'expulsion de tous les caillots qui sont en contact avec l'air extérieur ou avec la suppuration, ou qui, étant brisés, tendent à se changer en putrilage, si l'on ne veut pas voir leur absorption produire les accidents plus ou moins graves de la résorption purulente.

M. le docteur Giron de Buzareingues, député au Corps législatif, qui, dans un sentiment de sympathie bien partagé envers nos malheureux blessés, se souvenant qu'il avait été chirurgien, a publié récemment une note sur l'usage des moules en plâtre dans le traitement des membres inférieurs

fracturés par les armes à feu, vient, dans une nouvelle note, d'appeler l'attention des chirurgiens de l'armée sur un moyen de remplir cette seconde indication, dont il a eu plusieurs fois l'occasion de constater l'utilité. Ce moyen, c'est l'usage des canules en ivoire ramolli, qu'il a introduit dans la pratique il y a environ une vingtaine d'années. Voici le fait qui suscita à M. Girou l'emploi de ce moyen. On ne le lira pas sans intérêt, bien qu'il remonte à une époque déjà éloignée.

Une jeune personne d'une douzaine d'années vit à la suite d'une rougeole plusieurs abcès se former dans un de ses membres inférieurs; l'un d'eux se développa autour de l'articulation du genou. Plusieurs ouvertures furent pratiquées en dedans et en dehors de l'articulation; mais le pus, dévié par les diverses parties qui entourent cet organe, était toujours plus ou moins retenu, et tous les moyens usités en pareil cas pour faciliter son écoulement restaient impuissants. Une fièvre violente, le dévoiement colliquatif, une irritation des plus vives du côté de la vessie, une excitation cérébrale parvenue jusqu'au délire, indiquaient les ravages causés par la résorption purulente. M. Girou, dans la pensée qu'en faisant cesser la cause des accidents, il pourrait les voir se calmer, porta toute son attention sur les moyens d'obtenir un écoulement régulier du pus, à mesure qu'il se formait. Il employa d'abord les mèches; mais, gonflées par le liquide purulent, elles obstruaient bientôt les conduits sinueux qui lui livraient passage; les bougies en cire et les fils cirés ou métalliques avaient laissé les ouvertures se ressorrer, et le liquide avait été ainsi retenu. Il voulut favoriser l'écoulement par une sonde de gomme élastique; mais deux inconvénients l'y firent promptement renoncer. D'abord, la sonde s'obstruait, puis son tissu se boursouflait à la surface et produisait de l'irritation par ses rugosités. Il renonça pareillement aux canules d'argent qui avaient aussi l'inconvénient de s'obstruer et de s'altérer, et aux canules en ivoire simple, qui devenaient au bout de peu de temps raboteuses à leur surface et produisaient une irritation semblable à celle qui est le résultat de la présence des esquilles. Ce fut alors qu'il pensa qu'en enlevant à l'os sa partie calcaire, il ferait disparaître la cause qui rendait irritantes les canules en ivoire, et que, de plus, devenues souples, elles pourraient plus facilement se modeler sur les trajets sinueux qui conduisaient à l'abcès assez profond. L'application de ces canules dépassa toutes ses espérances. Le pus se mit à couler avec une grande facilité par ces canules polies, en sortant goutte à goutte, à mesure qu'il était sécrété; la résorption purulente cessa, et avec elle les accidents qui l'accompagnaient.

Le seul inconvénient que M. Girou ait trouvé dans l'usage de ces canules, c'est que l'os ou l'ivoire, réduits à leur partie cartilagineuse, tendent à se dissoudre lorsqu'ils sont plongés dans l'épaisseur des tissus, et qu'après s'être notablement amincies, les canules ont besoin d'être renouvelées au bout d'une dizaine de jours.

Enfin, M. Girou ajoute que dans des cas semblables à celui qui vient d'être rapporté, et où le pus était profondément retenu, il s'est toujours bien trouvé de ce moyen, tant pour vider les abcès profonds que pour éviter des décollements. (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1859.)

Cystalgie. *Traitement par la cautérisation potentielle hypogastrique.* La cystalgie est une affection assez peu connue pour que nous croyions utile de faire connaître quelques faits intéressants qui ont fourni à M. le docteur Hamon, de Fresnay-sur-Sarthe, l'occasion d'en étudier les principaux caractères et d'expérimenter un moyen de traitement qui lui a paru donner de bons résultats. M. Hamon a eu la fortune assez rare de rencontrer dans un court espace de temps cinq cas de cystalgie sur trois sujets (l'un d'eux ayant présenté trois atteintes successives de cette même affection à des intervalles assez rapprochés). Voici, d'après l'étude quo notre confrère a pu faire chez ces trois sujets, les caractères principaux de cette affection.

La cystalgie, dans sa plus simple expression, est caractérisée par des douleurs vésicales qui présentent ce caractère particulier, et que M. Hamon considère comme pathognomonique, d'avoir leur maximum d'intensité en dehors et principalement au premier temps de la miction. Cette dernière est toujours plus ou moins douloureuse; elle exige souvent des efforts violents, qui ne sont pas constamment couronnés de succès. Ce n'est parfois qu'après un certain nombre de tentatives infructueuses que les malades parviennent à vider la vessie. La contraction spasmodique sphinctérienne une fois vaincue, la miction

s'effectue avec une facilité croissante, et les dernières gouttes d'urine sont évacuées sans la moindre peine. Avec elle disparaît comme par enchantement toute sensation de souffrance et de ténesme.

A un degré plus avancé, si l'on n'a pas été assez heureux pour combattre la maladie à son origine, il survient une complication qui devient bientôt l'élément principal, c'est la paralysie de la vessie.

Il faut donc, d'après M. Hamon, distinguer deux éléments morbides dans la cystalgie : les douleurs vésicales pures et simples, qui caractérisent le premier degré de cette affection, et la paralysie de la vessie, qui se surajoute à ces mêmes douleurs, pour en constituer le second degré. Chacun de ces éléments comporte un traitement approprié : la cautérisation hypogastrique pour les douleurs vésicales, le cathétérisme pour la paralysie.

Il y a deux manières de pratiquer la cautérisation potentielle hypogastrique. Lorsque les douleurs vésicales sont peu intenses et que l'affection est peu invétérée, il suffit de pratiquer à l'hypogastre une cinquantaine de ponctions nitriques. Lorsque les douleurs vésicales sont plus intenses, le mal plus invétéré, quand, en un mot, l'affection réclame un traitement plus énergique, c'est à la cautérisation linéaire ou transcurrente qu'il convient d'avoir recours. Les caustiques liquides se prêtent aussi admirablement, et avec des avantages marqués, à ce mode de cautérisation. Voici comment M. Hamon la pratique.

Une mèche de coton ou de laine, d'une grosseur proportionnée à la largeur que l'on désire donner à la cautérisation, est fixée par chacune de ses extrémités à l'une de celles de deux bâtonnets. On comprend de suite que si, dans le cours de l'opération, on désire diminuer ou augmenter l'étendue de ce cordon caustique, il suffira d'imprimer aux bâtonnets des mouvements de rotation sur leur axe. Cette manœuvre, qui se comprend aisément, peut avoir pour effet de simplifier l'opération et d'en abréger la durée. Pour pratiquer la cautérisation, il suffit de verser de l'acide nitrique dans une assiette et d'en imbiber la mèche aussi uniformément que possible. Ce cordon caustique étant admirablement propre à se mouler sur les parties, il devient facile de s'en servir pour pratiquer, en un clin d'œil, toute une série de cautérisations rectilignes, curvilignes, superficielles, profondes, et de l'étendue la plus variée.

Pour les cas dont il s'agit, M. Hamon a pour habitude de donner à la mèche une longueur de 10 à 12 centimètres, et de pratiquer à l'hypogastre, le pubis étant invariablement pris pour centre, une cautérisation rayonnée, constituée par 5 ou 6 lignes caustiques.

Si l'on désire n'intéresser que l'épiderme, la durée de l'application ne doit pas excéder une demi-seconde. Sinon, on serait exposé à produire une escarre d'épaisseur variable, et finalement un tissu cicatriciel indélébile.

La cautérisation hypogastrique, lorsque surtout elle est superficielle, est peu douloureuse. Si elle donnait lieu à de trop vives souffrances, on pourrait les calmer en appliquant sur la partie des linges imbibés d'eau froide.

La cystalgie, lorsqu'elle est passée au deuxième degré, présente une seconde indication à remplir : régulariser les fonctions de l'urination. Le meilleur moyen pour arriver à ce but est l'usage de la sonde, réitéré aussi fréquemment qu'il est nécessaire, d'abord deux fois par jour, puis une fois, puis tous les deux jours. Cette opération, très-douloureuse lorsque les accidents sont très-prononcés, a cependant pour effet d'apporter à sa suite un tel soulagement aux malades, qu'ils sont bientôt les premiers à la réclamer. Après chaque cathétérisme, la miction spontanée devient quelquefois possible une ou plusieurs fois de suite. Nonobstant cette amélioration, il est bon de faire méthodiquement usage de la sonde, jusqu'à ce que le malade soit arrivé à vider la vessie d'une façon normale. C'est là, suivant M. Hamon, le meilleur moyen d'arriver plus sûrement et plus promptement à une guérison définitive. (*Union médicale*, juillet 1859.)

Hernie étranglée *réduite par le massage du ventre*. Tout le monde connaît les dangers du taxis prolongé ; à son insuffisance trop fréquente se joignent parfois toutes les graves conséquences de l'inflammation et de la gangrène des parties herniées. Aussi a-t-on donné le sage conseil de ne pas trop insister sur le taxis, quand, dès les premières tentatives, son insuccès est bien constaté, et de recourir à quelques-uns des autres moyens dont l'expérience a révélé les bons effets. Tel est, par exemple, l'usage du café à haute dose, dont nous avons rap-

porté plusieurs heureuses applications. C'est à l'occasion d'un de ces faits les plus récents, que M. le docteur Albin Laforgue, médecin-major au 40e de ligne, a fait connaître le procédé suivant, qu'il a employé avec succès, il y a quelques années :

Un colon de Blidah, âgé d'environ trente ans, portait une hernie du côté gauche assez difficile à maintenir. Il eut l'imprudence de commettre un excès de boisson ; son bandage fut déplacé et la hernie s'étrangla. Lorsque M. Laforgue arriva auprès de lui, plusieurs heures après l'accident, il trouva la tumeur très-volumineuse, très-dure et irréductible. Le malade avait beaucoup vomi, était très-agité, et en proie à d'atroces douleurs. L'état du pouls lui permit de pratiquer une saignée de 500 grammes, puis il essaya le taxis, mais il ne tarda pas à se convaincre de l'impossibilité d'arriver à un résultat par ce seul moyen. Il plaça le patient sur un plan incliné, presque vertical, le bassin très-élevé, les membres dans le relâchement et la tête convenablement soutenue. Il appliqua ensuite des compresses froides sur la tumeur. Une demi-heure après, il tenta de nouveau, et sans plus de succès, le taxis. Alors il eut l'idée d'employer le massage du ventre, et cette manœuvre amena très-rapidement la réduction.

On comprend que, le massage exercé méthodiquement et de manière à entraîner tout le paquet intestinal de bas en haut vers la région de l'ombilic, et à refouler le diaphragme et les organes abdominaux vers la poitrine, on ait, en effet, des chances de réussir, comme cela est heureusement arrivé à notre confrère. Comme toute puissance ayant la propriété de déterminer un mouvement péristaltique énergique ou de grands efforts de vomissements, ou d'agir mécaniquement en sens inverse de la force qui précipite et retient les viscères en dehors ; comme l'application de l'électricité, par exemple, qui a été également proposée dans ce but, le massage est certainement plus rationnel que le taxis, qui, outre l'inconvénient de s'exercer sur des tissus congestionnés et douloureux, peut quelquefois agir en sens inverse du but qu'on se propose, et augmenter l'obstacle, en repoussant sur l'étranglement les parties incarcérées. (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1859.)

Noma. *Nouveau traitement.* Tout le monde sait combien est grave cet ulcère gangréneux de la peau désigné sous le nom de *noma*, qui attaque souvent la joue et la vulve chez les jeunes enfants, et dont aucun moyen ne parvient à enrayer sûrement les progrès. D'après M. Reid, de Philadelphie, cette maladie ne devrait jamais être mortelle. Voici le traitement qui lui a donné, dit-il, des succès constants.

On commence par purger le malade avec le mélange suivant :

Pr. Huile de ricin........	15 gramm.
Essence de térébenthine................	25 gouttes.
Essence de menthe verte................	1 goutte.

On administre ensuite, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à café d'une potion dont voici la formule :

Chlorate de potasse....	8 gramm.
Eau bouillante........	180 gramm.
Acide chlorhydrique...	30 gouttes.

Ajoutez après dissolution :

Créosote..............	3 gouttes.
Vin...................	15 gramm.

On lave, en même temps, à plusieurs reprises, les parties affectées ; on administre du bouillon, etc., et, en moins de soixante-douze heures, la guérison est complète ou à peu près.

Bien que l'auteur ne rapporte aucun fait précis à l'appui de l'efficacité de sa méthode, et que nous soyons, par conséquent, réduits à son assertion pour tout garant, nous pensons qu'il y a lieu d'encourager les praticiens à l'essayer à la première occasion, d'autant plus que les moyens usités jusqu'à présent ont presque toujours été impuissants. (*The medic. and surgic. Report.*, et *Union méd.*, juillet 1859.)

Obésité (*Sur les propriétés fondantes et résolutives du* fucus vesiculosus *dans le traitement de l'*). D'après quelques indications qui lui avaient été fournies relativement à l'emploi de ce médicament contre le psoriasis invétéré, M. Duchesne-Duparc crut devoir en faire l'essai et reconnut que les propriétés qu'on lui attribuait étaient au moins fort exagérées. L'administration du remède, continuée pendant un temps qui semblait plus que suffisant, n'amena point le résultat attendu, mais produisit un effet sur lequel on ne comptait pas. Cet effet consistait dans un amaigrissement marqué, quelquefois très-rapide, mais toujours exempt de malaise et sans aucun trouble des fonctions digestives. M. Duchesne pensa dès lors avoir trouvé un remède à opposer à l'obésité quand

elle constitue un état maladif, et les essais qu'il en a faits ont, assure-t-il, justifié cette prévision. Il emploie toute la plante (tige et feuilles) soit en décoction, soit en poudre, sous forme pilulaire. Il donne dans son mémoire les doses auxquelles il administre le médicament, et cite à l'appui de ces propriétés thérapeutiques un certain nombre d'observations. (*Compte-rendu de l'Académie de médecine*, juillet.)

Oblitération du canal nasal. *Traitement par la cautérisation à l'aide de la chaleur électrique.* La cautérisation du conduit nasal normal ou de nouvelle formation, par le moyen d'un fil de platine appliqué en guise de séton, et ensuite rougi, a donné à M. le docteur Restolli des résultats favorables, prompts et durables, qui la lui font considérer comme une précieuse ressource de la chirurgie oculistique. Voici le fait qu'il rapporte.

Une dame était sujette depuis deux ans, pendant l'époque menstruelle, à une affection érysipélateuse de la face. Depuis vingt mois elle avait commencé à présenter une petite tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, avec larmoiement continuel. En comprimant la tumeur, il sortait du pus du point lacrymal inférieur correspondant. Après la pression de la tumeur la narine, qui d'abord était sèche, devenait légèrement humide. D'abord, avec la seringue d'Anel on fit des injections par le point lacrymal inférieur dans le sac, avec des solutions astringentes. Après quelques jours, il semblait qu'il y eût amélioration, mais la récidive fut prompte. On passa alors à l'ouverture du sac pour reconnaître l'état du canal nasal. On diagnostiqua une tuméfaction et un épaississement de la muqueuse. Dilatation graduée avec les bougies seules ou enduites d'onguent gris ou à la ciguë, à l'iode, au précipité rouge. Ce fut sans succès, de même que les injections au sulfate de cuivre, la pierre infernale, la potasse caustique. L'amélioration fut toujours temporaire. Alors M. Restolli pratiqua la cautérisation de la superficie du canal nasal par le moyen d'un fil de platine appliqué en guise de séton, et rougi par la chaleur électrique. Deux jours après, il enleva le fil qui entraîna avec lui une portion d'escarre. Pendant les trois autres jours consécutifs, il pratiqua des injections dans le canal avec de l'eau tiède qui favorisait mécaniquement la sortie du restant des tissus cautérisés. Dès que le canal fut libre, on favorisa la cicatrisation de la plaie en pratiquant deux fois par jour des injections avec la décoction de quinquina et du vin opiacé, pendant six jours consécutifs. Dans l'intervalle d'une injection à l'autre, on maintenait la dilatation du conduit par une petite bougie. Quinze jours après la cautérisation, on avait obtenu la guérison, non-seulement du canal nasal, mais encore de la plaie qu'on avait pratiquée au sac. Il n'y eut plus de récidive. (*Journ. d'ophthalmologie* et *Gazette méd.*, juillet 1859.)

Paralysies *musculaires de l'œil; préparations phosphorées.* M. Tavignot prescrit contre les paralysies musculaires de l'œil le phosphore à l'intérieur et à l'extérieur en frictions circum-orbitaires. A l'extérieur on fait tous les soirs des frictions avec le liniment suivant, au moyen d'un morceau de flanelle plié en forme de tampon, lequel morceau de flanelle est ensuite dédoublé et fixé pendant toute la nuit sur le front :

Pr.	Huile de noix........	100 gramm.
	Naphte..............	25 gramm.
	Phosphore...........	20 centigr.

A l'intérieur on administre des pilules contenant chacune 2 milligrammes de phosphore fondu dans de l'axonge. La dose est d'abord d'une pilule, puis on va jusqu'à trois. — M. Tavignot a substitué dans ces derniers temps l'émulsion suivante aux pilules :

Pr.	Huile d'amandes douces..............	10 gramm.
	Phosphore...........	10 centigr.
	Sirop de gomme.....	90 gramm.
	Gomme.............	2 gramm.

On fait prendre une cuillerée à café par jour, puis deux et même trois.

Voici deux des observations dans lesquelles M. Tavignot dit avoir employé ces formules avec succès.

Une femme offrait une paralysie complète de la troisième paire : ptosis, strabisme, mydriase, etc. Depuis deux mois l'électricité avait été mise en usage, sans résultat marqué ; en vingt-cinq jours, elle était guérie sous l'influence de la médication phosphorée.

Dans la seconde observation, ce n'est pas la paralysie musculaire seulement qui a été guérie par le phosphore, mais une maladie antécédente plus grave, comme on va en juger. — Un homme de la province vient à Paris pour se faire guérir par un spécialiste de pertes séminales déjà

anciennes; le traitement n'était pas encore commencé que le malade est pris d'une paralysie de la sixième paire de nerfs de l'œil droit. Ce spécialiste adressa son malade à M. Tavignot, qui le guérit en huit ou dix jours, par le phosphore. Il voulut dès lors renvoyer ce malade à son premier médecin ; mais il se trouva que sous l'influence de la médication phosphorée, les pertes séminales étaient complètement guéries. (*Monit. des Hôpitaux* et *Annales de Roulers*, juin 1859.)

Pupille artificielle *obtenue en nouant l'iris.* Obtenir une pupille qui réagisse à la lumière, les fibres de l'iris étant coupées régulièrement sous forme circulaire, tel est le but que s'est proposé M. Critchett. Pour atteindre ce but, voici le procédé que cet opérateur a imaginé. Après avoir fixé l'œil, il fait avec une large aiguille, sur le bord de la cornée, une ouverture suffisante pour laisser passer un serre-nœud (*cannula forceps*), avec lequel on saisit un morceau de l'iris non loin de ses attaches ciliaires, pour le faire saillir en dehors, puis l'étreindre avec un nœud coulant de soie plate, préalablement adapté lâchement à l'instrument. Cette opération, pratiquée vingt-sept fois par l'auteur et par MM. Bowman et Poland, n'a jamais eu de suites fâcheuses ni manqué son but, d'après le rapport du recueil auquel nous empruntons ces faits. (*Ophthalm. hospit. Reports*, et *Annales de Roulers*, 1859.)

Tumeur érectile. *Nouvelle observation à l'appui de l'emploi du nitrate de potasse.* Ce n'est pas la foi seule qu'on a dans les propriétés d'un médicament qui guérit, comme on serait porté à l'induire parfois de certains faits ; M. le docteur E. Tillieux, de Courtrai, va nous le prouver. On sait qu'un de nos confrères, M. le docteur Mangenot, a préconisé récemment l'usage topique du nitre dans le traitement des tumeurs érectiles. M. le docteur Tillieux, très-peu disposé à croire à l'efficacité de ce moyen, crut devoir cependant l'essayer. Le 15 mars 1857, on lui amena la fille Duyck, âgée de neuf ans, pour une légère tumeur érectile qu'elle portait sur la base de la langue. Sur la partie moyenne de la base de la langue on observait une tumeur irrégulièrement ellipsoïde, large d'un centimètre et demi, présentant dans le sens antéro-postérieur une étendue de deux centimètres environ, et s'élevant vers son milieu à un millimètre à peu près au-dessus du niveau de la muqueuse linguale. La surface de cette tumeur offre un aspect framboisé d'une couleur rouge foncée, comparable à celle que présentent certains nævi de l'enveloppe cutanée. Cette tumeur ne communiquait au doigt qui la pressait aucune sensation de mouvement artériel ; et au lieu de s'affaisser sous une pression un peu plus forte, son tissu cédait en se dilacérant, et une certaine quantité de sang veineux venait couvrir en masse la surface de la langue. Reconnaissant à ces caractères, notamment à l'aspect de la tumeur, à son indolence et à l'écoulement sanguin qu'elle fournissait à la pression, les caractères d'une tumeur érectile de nature veineuse, M. Tillieux, en manière d'expectation et pour se donner le temps de réfléchir au parti à prendre, essaya le traitement préconisé par M. Mangenot. Il ordonna, en conséquence, de frictionner tous les jours du bout du doigt la partie malade avec une pincée de sel de nitre, jusqu'à nouvel ordre. C'est assez dire, ajoute-t-il, que je ne me trouvais pas trop prévenu en faveur de ce moyen. Aussi fut-il singulièrement surpris quand, trois semaines après, les parents vinrent lui annoncer que, sous l'influence des frictions faites avec la poudre, la tumeur avait disparu sans laisser de trace. Il put bientôt s'assurer, en effet, par lui-même, qu'à la place occupée autrefois par la tumeur érectile, il ne restait plus qu'un point un peu plus dur que le restant du tissu de la langue.

Ce premier succès l'ayant encouragé, M. Tillieux saisit avec empressement l'occasion de mettre de nouveau ce moyen en usage; mais cette fois le résultat fut différent.

Consulté en août 1837 pour un enfant de deux ans, qui portait sur le bras gauche une tumeur érectile avec pulsations artérielles isochrones avec les pulsations de l'artère radiale, il prescrivit les frictions avec le sel de nitre. Quatre semaines après, il revit l'enfant avec sa tumeur toujours au même point. Ne se tenant pas pour battu, il ordonna de persévérer pendant six semaines encore; mais au bout de ce temps, il trouva la tumeur en voie d'accroissement. Il eut recours à l'instillation de quelques gouttes de perchlorure de fer et plus tard à la pâte de Canquoin, qui procurèrent une guérison définitive.

Enfin, dans un troisième cas, il s'agit d'un enfant nouveau-né qui portait sur le dos de la première phalange du pouce de la main gauche, ainsi que sur la face interne du lobule de l'oreille gauche, une petite éminence écarlate, d'un millimètre et demi environ de diamètre et ne disparaissant point complétement sous la pression. La tumeur du lobule de l'oreille ayant pris un développement considérable au bout d'un mois, M. Tillieux prescrivit les frictions en question. Après quinze jours de traitement, la tumeur de l'oreille, sans avoir subi aucune altération dans sa couleur, présentait cependant une surface plus ridée, moins résistante et moins bombée. Le traitement ayant encore été continué pendant un mois, on avait amené l'affaissement progressif à tel point, qu'une tache grise ardoisée était le seul vestige de la tumeur.

En résumé, sur les trois cas dans lesquels M. Tillieux a eu recours aux frictions avec le nitrate de potasse, le traitement a échoué une fois, dans un cas de tumeur érectile artérielle ; dans les deux cas de tumeur érectile veineuse, il a eu un succès complet. On peut déjà de ces trois faits tirer un enseignement utile ; il semble en ressortir en effet une indication plus particulière de l'emploi de ce moyen dans les cas de tumeurs érectiles veineuses. C'est, en tout cas, un moyen de plus à ajouter à ceux que possède déjà la thérapeutique. Il n'y aurait d'ailleurs aucun inconvénient à l'essayer d'abord même dans les tumeurs érectiles artérielles, sauf, en cas d'insuccès, à recourir à l'un des moyens déjà éprouvés, tels que les badigeonnages avec la teinture d'iode iodurée, qui nous a donné de bons résultats dans les cas de varicosités artérielles superficielles, le collodion corrosif au bichlorure de mercure, recommandé par le docteur Cosfeld, et enfin le perchlorure de fer et la pâte de Canquoin, que M. Tillieux lui-même a appliqués avec avantage dans le cas où la poudre de nitrate de potasse a échoué. (*Annales de Roulers*, 1859.)

VARIÉTÉS.

La constitution médicale qui règne dans nos grandes villes du midi diffère peu de celle que nous subissons ; les accidents dus à l'insolation y dominent cependant. Nous lisons en effet dans le Journal de médecine de Bordeaux : « Depuis plusieurs jours, notre ville est sous l'influence d'une température excessivement élevée, et la population s'en trouve éprouvée d'une manière fatale. Des cas de mort subite se sont montrés pendant ces derniers jours. Dix personnes, au moins, ont été portées mourantes à l'hôpital Saint-André, et les soins qu'on leur a donnés n'ont pu empêcher la catastrophe. Les ouvertures de la veine n'ont pas donné de sang. Quelques autopsies ont montré de fortes congestions cérébrales.

« L'influence de la chaleur insolite s'est aussi fait sentir, mais d'une manière moins grave, sur un grand nombre d'individus, par des troubles sur les organes digestifs, des vomissements, des évacuations diarrhéiques. Ce sont surtout les enfants qui ont été le plus fatigués ; plusieurs ont succombé au *choléra infantilis*. »

Le Journal de Toulouse nous apprend que « le thermomètre s'est presque constamment maintenu pendant le mois dernier de 56° à 58° à l'ombre, de 56° à 58° au soleil. Avec ces conditions extrêmes, il fallait s'attendre à voir se produire les accidents dûs à l'insolation, surtout à une époque où les travaux de la moisson sont en pleine activité dans les campagnes environnantes. Ce journal note encore, parmi les caractères tranchés de la constitution médicale, de

accidents gastro-intestinaux, dont plusieurs ont offert la physionomie du choléra indigène. Cependant, un fait assez remarquable est qu'avec de semblables conditions atmosphériques la mortalité ne se montre pas notablement plus élevée que les années précédentes à pareille époque. »

On nous assure que l'administration de l'Assistance publique a décidé, contrairement à ce qui se fait pour les médecins des hôpitaux de Paris, lesquels sont mis à la retraite à soixante-cinq ans, que les chefs des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière seront désormais maintenus dans leurs fonctions jusqu'à l'âge de soixante-dix ans.

On lit dans le Bulletin de la médecine militaire : « D'après des bruits qui paraissent fondés, le ministre de la guerre aurait désigné les membres qui doivent composer la Commission appelée « à préciser » nettement les devoirs et les prérogatives du corps de santé militaire. Présidée par un maréchal de France, la Commission serait complétée par deux officiers généraux, deux intendants et deux inspecteurs du service de santé. Elle s'assemblerait très-prochainement et sa décision ne tarderait pas à être connue.

Suffit-il qu'une pharmacie soit gérée par un individu pharmacien, et la propriété, séparée de la gérance, peut-elle appartenir à toute personne ? Cela a été jusqu'ici admis en principe par la Cour impériale de Paris et aussi, paraît-il, par l'administration. Seulement, la jurisprudence réservait le cas où le gérant, pharmacien, n'est qu'un prête-nom. Mais un arrêté de la Cour de cassation, du 23 juin dernier, est venu renverser cette distinction. Il décide que la propriété, aussi bien que la gérance, exige la possession du diplôme de pharmacien, et qu'un médecin ne peut, par exemple, être propriétaire d'une officine, quand même il la ferait gérer par un pharmacien.

Le projet d'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez, à Montpellier, retardé par des formalités administratives, subit une évolution lente, mais sûre. Le Conseil municipal de cette ville a voté, dans une de ses dernières séances, une somme de 6,000 francs pour cette œuvre de justice envers deux grandes illustrations médicales. Le journal *le Montpellier médical* continue à enregistrer les adhésions et les offrandes adressées à la Commission provisoire.

Sur l'invitation de M. le ministre, la Faculté de médecine de Montpellier a présenté pour remplir les fonctions de président du jury médical : en première ligne, M. le professeur Benoît ; en deuxième ligne, M. le professeur Anglada.

Trois cent cinquante blessés ou fiévreux de l'armée d'Italie viennent d'arriver à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. On prépare 1,000 lits à la caserne pour recevoir de nouveaux malades convalescents qui doivent être prochainement dirigés sur cette ville.

Un concours pour deux places d'aides d'anatomie, à la Faculté de médecine de Montpellier, doit s'ouvrir prochainement.

La Société de médecine de Toulouse met au concours la question suivante : « De l'influence de la culture sur les végétaux employés en médecine . » Le prix est de la valeur de 300 francs. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 1er janvier 1861.

Des pensions annuelles, qui ne pourront pas dépasser 200,000 réaux (50,000 francs), vont être instituées en Portugal en faveur des médecins, prêtres et autres personnes qui, après s'être distinguées pendant les épidémies de 1855 et 1857, se trouveront dans l'impossibilité de continuer leur carrière. Puisse cet exemple se généraliser !

Les médecins de Turin ont saisi l'occasion du passage d'un grand nombre de militaires français par cette ville pour donner au corps sanitaire de l'armée française un témoignage de leur sympathie. Un banquet de cent quarante couverts leur a été donné à l'hôtel de l'ancienne Douane. Le soir, l'Académie royale médico-chirurgicale s'est assemblée et a invité les membres du corps de santé de l'armée française à assister à cette séance.

MM. les docteurs Verga, Colta, Guerini, Griffini et Conti, médecins dans l'armée piémontaise, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

La Société allemande de psychiatrie a reçu une somme de 100 thalers destinée au meilleur mémoire sur la question suivante : « Quelle valeur a l'opium dans le traitement des désordres mentaux, dans quelles formes morbides et à quelles doses peut-il être donné ? » Les travaux devront être adressés avant la fin de l'année 1859 à M. le docteur Erlenmeyer, à Bendorf, près Coblentz.

L'Académie de Cadix donne pour sujet de prix la question suivante : « Exposer les mesures d'hygiène publique qui doivent être conseillées à l'autorité pour empêcher la propagation du virus syphilitique ? » Le prix consistera en une médaille d'or et le titre de membre correspondant. Les mémoires doivent être envoyés au secrétaire de l'Académie, avant le 31 octobre 1859.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur la généralisation de l'emploi de la potion rasorienne dans toutes les affections fébriles des organes respiratoires.

Par M. le docteur FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine, à Cherbourg.

La doctrine pharmacologique italienne, quelque jugement que l'on porte par ailleurs sur son ensemble, n'en a pas moins exercé sur quelques points de la pratique médicale une influence des plus heureuses, et les pneumoniques recueillent tous les jours les fruits de la hardiesse bien inspirée avec laquelle Rasori, Giacomini, Peschier, et après eux Laënnec, ont séparé par le principe des hautes doses fractionnées les effets gastriques du tartre stibié de ses effets généraux ou dynamiques. Nonobstant les efforts tentés jusque dans ces derniers temps par le scepticisme thérapeutique, pour démontrer que la pneumonie est curable par elle-même, et guérit bien plutôt *pendant* l'administration de l'émétique que *par le fait* de cette administration, et que la puissance attribuée à l'intervention médicale, dans ce cas, n'est qu'une pieuse et gratuite illusion, il n'en reste pas moins avéré pour tout esprit sérieux, et qui ne base pas ses convictions sur quelques faits fortuits et exceptionnels, qu'il n'est pas une médication dont l'influence soit plus certaine, plus rigoureusement calculable, et qu'elle le cède à peine, sous ce rapport, à la médication quinique, la plus sûre de toutes, et par suite la plus consolante pour le praticien. Il nous arrive fréquemment de recevoir dans nos salles d'hôpital des pneumoniques que l'incurie ou le préjugé ont privés dans les premiers jours de leur maladie de toute assistance médicale, et l'état dans lequel ils sont ne plaide guère en faveur de cette expectation tant vantée. Dans une série de vingt-cinq pneumonies que nous eûmes à traiter à l'hôpital maritime de Brest, dans le cours du mois de mars 1855, nous ne perdîmes, grâce à l'emploi combiné de l'émétique et des évacuations sanguines, qu'un seul malade qui, par une exception démonstrative, était entré au septième jour d'une hépatisation à laquelle, antérieurement à son arrivée à l'hôpital, on n'avait opposé que des tisanes pectorales et des épithèmes émollients. Du reste, qu'est-il besoin de protester contre cette assertion paradoxale qui pourra bien revendiquer quelques chiffres (et quelle est, dans les sciences d'observation, l'idée fausse qui ne peut s'appuyer sur un petit bout de statistique?), mais qui n'ébranlera jamais, dans l'esprit du médecin

instruit et bon observateur, la confiance qu'il peut légitimement avoir dans l'efficacité de son intervention.

Comme il arrive toujours au début d'une découverte, on s'exagéra de bonne foi l'importance de celle-ci, et la potion rasorienne parut appelée à remplacer tous les autres moyens de traitement de la pneumonie, à commencer par le plus sûr et le plus accrédité de tous, je veux parler des émissions sanguines générales. Il ne fallut rien moins que la haute autorité des meilleurs praticiens pour contenir l'ardeur de ces nouveaux médecins *antimoniaux*, et pour faire voir que le perfectionnement réel du traitement de la pneumonie était non pas dans l'usage exclusif de l'une ou l'autre des deux médications, mais bien dans leur combinaison méthodique. Je me suis efforcé, dans un travail trop récent pour que les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* l'aient complétement oublié, de démontrer que ces deux moyens, quoique concourant à un même résultat thérapeutique, y tendent cependant par une action pharmaco-physiologique différente; que les saignées, sans méconnaître pour cela leur influence dépressive sur l'éréthisme inflammatoire général, ont une action principalement déplétive, et rétablissent l'équilibre compromis entre le volume de la masse sanguine et l'étendue du tissu pulmonaire demeuré perméable, tandis que l'émétique à dose rasorienne agit par une action purement dynamique, en éteignant le travail phlegmasique qui se passe au sein du parenchyme du poumon, ou en limitant ses progrès; et j'en ai déduit cette conséquence, dans la vérité de laquelle ma pratique me confirme de plus en plus, que les émissions sanguines, simplement utiles dans la première période de la pneumonie, sont indispensables dans la seconde, c'est-à-dire quand l'hépatisation s'est produite, tandis que l'administration de l'émétique est également opportune dans les deux. Le but de cette note est de faire ressortir tous les avantages que présente l'emploi de la médication rasorienne dans les maladies inflammatoires du poumon autres que la pneumonie franche.

La facilité remarquable avec laquelle la tolérance stibiée se maintient chez les pneumoniques, même pendant la convalescence, après le retour du poumon à l'état normal et après la chute de la fièvre, en l'absence, par conséquent, de cette *diathèse de stimulus* dont les Italiens faisaient la condition *sine quâ non* de cette tolérance, est un fait qui m'a frappé depuis longtemps, et qui m'a engagé à remplacer, au déclin de la pneumonie, les antimoniaux insolubles, tels que le kermès et l'oxyde d'antimoine, par des doses décroissantes, mais prolongées, d'émétique. Je craignais d'abord que la continua-

tion de l'emploi du tartre stibié ne rendit difficile l'alimentation des convalescents, mais l'expérience m'a complétement rassuré sur ce point. J'ai journellement dans mes salles des malades qui prennent 10 centigrammes d'émétique par jour, pendant une ou deux semaines, en même temps qu'ils reçoivent une nourriture substantielle, et je ne constate jamais chez eux le moindre trouble digestif. Il y a plus, après les selles diarrhéiques qui suivent quelquefois les premières doses, la constipation est la règle, et ce résultat de la tolérance antimoniale est un fait tellement général, que je ne manque jamais d'appeler sur lui l'attention des médecins qui suivent mon service. Il y a loin, certainement, de ce résultat aux craintes chimériques d'irritation gastro-intestinale qui faisaient jadis tant redouter l'administration de l'émétique à hautes doses, et il ne confirme guère la théorie par laquelle certains médecins se rendent compte de l'influence favorable de cette médication, en admettant qu'elle produit, au profit du poumon, une turgescence dérivative sur toute la surface muqueuse de l'intestin. Est-ce à une habitude antipéristaltique créée par les nausées des premières doses qu'il faut attribuer cette constipation ? Je l'ignore ; mais ce qui est positif, c'est que les laxatifs et les lavements sont habituellement nécessaires pour combattre cette torpeur intestinale. La seule précaution que j'emploie (et encore je ne saurais dire si elle est rigoureusement indispensable), pour prévenir tout dérangement des digestions, consiste à suspendre la potion émétisée une heure avant et une heure après chacun des deux repas. Cette substitution de l'émétique, pendant la convalescence des pneumonies, aux préparations de kermès ou d'oxyde d'antimoine m'a paru, en même temps qu'elle n'apporte aucune entrave à l'alimentation, mieux prémunir contre les rechutes et modifier très-rapidement certains symptômes, tels que la toux et l'expectoration, qui persistent quelquefois longtemps encore après la résolution de l'inflammation pulmonaire. J'emploie habituellement une potion ainsi formulée :

Tartre stibié	10 centigrammes.
Sirop diacode	8 grammes.
Eau de laurier-cerise	1 gramme.
Eau	120 grammes.

Cette potion, qui est à peu près, sauf les doses de tartre stibié, celle de Laënnec et de Louis, doit peut-être la facilité avec laquelle elle est supportée à cette addition de sirop diacode et d'eau de laurier-cerise qui favorisent la tolérance gastrique et diminuent l'action nauséeuse. Je n'ai jamais vu son usage prolongé, même pendant

dix ou quinze jours, amener la production de pustules stibiées dans la gorge. C'est à tort que l'on a considéré cet accident comme le reflet d'une saturation antimoniale; il est simplement le résultat du contact de la potion émétisée avec les organes de l'arrière-bouche, et ce qui me le prouve, c'est que je ne l'observe plus depuis que j'ai adopté la pratique bien simple de faire gargariser mes malades après chaque cuillerée de potion pour nettoyer soigneusement le voile du palais et les amygdales.

L'idée d'employer l'émétique à doses répétées, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, n'est pas nouvelle; elle se rattache à cette médication vomitive à laquelle les Anglais ont été conduits par leurs idées très-peu acceptables sur la genèse de cette cruelle et désolante affection; mais ce traitement, qui a en lui-même quelque chose de rigoureux, en regard d'avantages bien problématiques, n'est entré dans la pratique médicale qu'à titre d'essai. Il est bien peu de médecins qui songent à y recourir aujourd'hui. Les résultats que j'ai vu obtenir pour mon compte des vomissements réitérés, provoqués, soit par l'émétique, soit par le sulfate de cuivre, ne m'ont guère semblé encourageants. Loin de vouloir restaurer cette méthode, je me propose, au contraire, de démontrer que si l'émétique à hautes doses produit de remarquables résultats dans le traitement de la phthisie fébrile, c'est à la condition que la tolérance soit établie, et que le médicament, loin de déterminer des vomissements ou des selles, ne s'oppose au contraire en rien à l'emploi simultané d'une alimentation fortifiante. Or, c'est là ce qui arrive dans presque tous les cas.

L'esprit médical est fatigué des leurres dont il a été bercé en ce qui concerne le traitement de la phthisie pulmonaire; et de découragement en découragement il en est arrivé à un scepticisme absolu. Il parcourt avec indifférence ou avec tristesse cet inventaire dont l'étendue accuse l'indigence, vaste nécropole où tous les spécifiques sont venus finir misérablement, depuis le cresson et le raisin sec, jusqu'à l'acide prussique et l'arsenic, et il se demande si, en dehors de l'hygiène, la thérapeutique na rien à tenter. Ce découragement est né d'une ambition irréalisable. Il faut modérer l'un et l'autre. Guérir la phthisie, comme on guérit une fièvre intermittente, est un programme au bout duquel il n'y a que déception, tous les prétendus spécifiques l'ont montré. Modérer la marche destructive de la désorganisation pulmonaire, et faire vivre les tuberculeux bien au delà des limites que l'expectation pure assignerait à leur carrière, c'est là un résultat qu'il est très-médical de poursuivre et très-pos-

sible d'atteindre dans tous les cas. Les phthisiques ne meurent que par la fièvre, et celle-ci n'est jamais que l'expression sympathique d'un travail d'hépatisation ou de suppuration lobulaire, qui s'établit autour des tubercules isolés ou agminés en masse. Il serait presque légitime de dire que la phthisie, à part la génération du produit hétérologue qui lui donne sa nature spécifique, n'est qu'une longue pneumonie à forme serpigineuse et à marche sub-aiguë. La théorie qui n'a voulu voir dans cette affection qu'une phlegmasie chronique n'est pas soutenable; l'opinion qui méconnaîtrait le rôle considérable que joue l'inflammation dans la production et l'extension des désordres pulmonaires ne mériterait pas plus de crédit. Un poumon est rarement assez infiltré de tubercules pour que la diminution du champ respiratoire soit, par ce fait seulement, incompatible avec la vie, si elle n'était menacée plus directement encore par la congestion, l'infiltration plastique ou la suppuration des lobules qui avoisinent les tubercules. D'un autre côté, l'inflammation, après avoir été la conséquence des épines tuberculeuses, réagit à son tour sur ces produits, les ramollit et en amène la fonte. Ces considérations rapides sur la part que joue l'inflammation dans la production des désordres anatomiques qui accompagnent la phthisie montrent de quelle importance capitale serait un moyen thérapeutique qui permettrait d'éteindre la fièvre de ramollissement dès son début, ou de la tenir en bride aussi souvent qu' elle tendrait à reparaître. L'émétique employé suivant la méthode rasorienne me paraît propre à atteindre ce but. J'ai eu recours à ce moyen dans un bon nombre de cas déjà, et dans tous il a eu pour résultat, ou de ralentir le travail aigu de ramollissement, ou même de l'enrayer d'une manière complète et, par suite, d'ouvrir une phase d'opportunité à l'emploi des balsamiques, des sulfureux ou de l'huile de morue, tous médicaments qui ne sont utiles que dans la période chronique ou apyrétique de la phthisie. J'ai vu, sous son influence, après une période ou très-courte ou nulle de révolte gastrique, la tolérance s'établir pour ne plus se démentir, la fièvre et les sueurs disparaître, et l'expectoration perdre ses caractères suspects et revêtir un aspect purement catarrhal; l'appétit se relever, et, au lieu de cette diarrhée que la susceptibilité intestinale des tuberculeux permettait d'appréhender, il s'établissait au contraire une constipation qui forçait de recourir à l'usage des laxatifs. Tous les phthisiques que j'ai soumis à ce traitement étaient en pleine voie de ramollissement, et l'existence de râles caverneux sous les clavicules ou dans les fosses épineuses ne permettait pas de se méprendre sur la gra-

vité des lésions pulmonaires. Je l'ai essayé également dans des cas où existaient des cavernes assez étendues, et si les résultats ont été moins radicalement favorables, je n'en ai pas moins eu la certitude que, même à cette période, l'emploi de l'émétique fait tomber la fièvre et prolonge bien évidemment la vie des malades. Si l'état des lésions pulmonaires ne me paraît pas une contre-indication à l'usage du tartre stibié (quoi qu'il fasse varier bien évidemment les chances de réussite), il en est tout autrement des complications intervenues du côté des fonctions digestives. Lorsqu'il y a des vomituritions répétées, lorsque la langue est rouge, pointue, lisse, comme si elle était dépourvue d'épithélium, qu'il existe un peu de sensibilité épigastrique et de la diarrhée, tous signes qui annoncent un ramollissement de la muqueuse gastrique, à plus forte raison lorsque le muguet commence à apparaître, il faut se garder d'instituer cette médication qui serait mal supportée, et qui ne produirait qu'un mauvais résultat. Je l'ai employée une fois dans ces conditions; mais, au bout de la seconde potion, je fus obligé d'interrompre le traitement. Les doses d'émétique à employer sont moins considérables que pour la pneumonie. Une potion contenant 20 centigrammes de tartre stibié, et additionnée de 30 grammes de sirop diacode, et de 2 grammes d'eau distillée de laurier-cerise, suffit par chaque vingt-quatre heures. Elle est administrée d'heure en heure; un certain intervalle est ménagé pour les deux repas, et enfin le malade ne recourt à sa potion pendant la nuit que lorsqu'il vient à se réveiller. La fièvre vient-elle à cesser, la dose de l'émétique est abaissée à 10 centigrammes, et on continue ainsi pendant vingt jours au moins, sauf à y revenir ensuite toutes les fois qu'un travail nouveau de ramollissement est indiqué par la réapparition des sueurs et de la fièvre à exacerbations vespériennes. Le succès obtenu une première fois par ce traitement doit engager à y recourir de nouveau à chacune de ces aggravations saisonnières auxquelles les tuberculeux sont en butte, et qui toutes accélèrent le terme de leur carrière. Il ne serait pas impossible qu'en prolongeant l'emploi de l'émétique à petites doses, 5 centigrammes, par exemple, pendant plusieurs mois, on n'arrivât à entraver d'une manière définitive la tendance au ramollissement, et à rendre en quelque sorte indéfini ce sommeil de la diathèse tuberculeuse qui persiste quelquefois spontanément pendant un grand nombre d'années. J'ai eu recours à ce moyen chez un jeune homme de seize ans, porteur d'une énorme caverne, et présentant tous les symptômes d'une colliquation rapide. Le sommet du poumon opposé était le siége d'une

énorme infiltration tuberculeuse. Les accidents aigus furent remarquablement ralentis, puis ne tardèrent pas à disparaître, et, grâce à l'émétique qui entra dans son régime habituel, ce malade obtint un répit de trois ans, et sa santé florissante eût été de nature à me faire illusion, si la persistance des signes physiques ne m'avait empêché de croire à la solidité de sa guérison. Employé à une époque plus rapprochée du début, ce traitement eût certainement amené un résultat plus durable. J'ai actuellement dans mon service de l'hôpital de Cherbourg deux phthisiques qui ont été soumis à l'emploi de la potion rasorienne, et chez tous les deux la chute de la fièvre a été on ne peut plus rapide. Mon confrère, M. le docteur Lecoq, à qui j'avais fait part de ces résultats, a institué des expériences analogues, et s'est convaincu, comme moi, de l'efficacité remarquable de l'émétique comme moyen d'arrêter les accidents aigus du ramollissement tuberculeux. Il y a cinq ou six ans, j'avais eu recours à la potion rasorienne dans ces cas chez des nègres ou des créoles, sujets particulièrement enclins, comme on le sait, à la phthisie aiguë ou galopante, et j'avais constaté que cette affection, qui, chez eux, marche quelquefois à la manière de la pneumonie, était puissamment modifiée par ce moyen. C'est même là que j'ai puisé l'idée de recourir à l'émétique à hautes doses dans les périodes fébriles de la phthisie ordinaire. J'aurais pu attendre, pour publier ces résultats, qu'un nombre considérable d'observations bien détaillées les mît dans toute leur évidence, mais il m'a semblé qu'il y avait intérêt pour la pratique à appeler, dès à présent, l'attention médicale sur ce point, et à provoquer des recherches qui, j'en ai la confiance, confirmeront les miennes. Je me résume : l'émétique donné suivant la méthode rasorienne éteint le travail inflammatoire dont le tissu pulmonaire péri-tuberculeux est le siége, et maintient la phthisie dans cet état chronique ou non fébrile, pendant lequel seulement les eaux thermales sulfureuses et l'huile de foie de morue peuvent être employées avec avantage.

La bronchite tubaire, lorsqu'elle n'est ni très-profonde, ni très-étendue, et qu'elle n'a pas élu domicile dans un poumon d'une étoffe suspecte, est une affection qui tend d'elle-même à la guérison et à la curation de laquelle suffisent très-bien les émissions sanguines locales, l'inoffensive catégorie des médicaments pectoraux et les antimoniaux insolubles. Mais quand ces conditions rassurantes n'existent pas, il y a opportunité à recourir à la potion émétisée, qui a le triple avantage de solliciter quelques vomissements toujours favorables dans ce cas, d'éteindre le travail phlegmasique

dont la muqueuse bronchique est le siége, et de prévenir plus sûrement que tout autre moyen le passage toujours si regrettable de l'état aigu à l'état chronique. C'est surtout chez les enfants, dont la bronchite très-aiguë confine toujours à la bronchite ramusculaire et à la pneumonie des lobules, que cette médication déploie toute son efficacité. J'ai pu m'assurer qu'ils supportaient admirablement l'émétique, et qu'on obtenait ainsi, en très-peu de temps, une amélioration que le kermès ou l'oxyde d'antimoine auraient produite moins sûrement et avec beaucoup de lenteur.

Il n'est pas un praticien qui ne se soit convaincu, dans le cours d'une épidémie de bronchite capillaire ou asphyxique, de l'insuffisance des médications employées. Les émissions sanguines, les vomitifs répétés, les révulsifs de toute sorte sont des moyens trop souvent infidèles. Dans cette affection encore, l'émétique à dose rasorienne m'a fourni des résultats très-avantageux; mais une condition essentielle du succès, c'est que le médicament soit donné dans la période æstueuse ou de réaction de la bronchite capillaire, quand la fièvre est vive, la face turgescente, le pouls dur et plein, les muqueuses encore vermeilles; si on attend, pour l'administrer, que la peau se soit refroidie, que les mains soient devenues violacées, les lèvres bleuâtres, on ajoutera aux dangers de l'asphyxie ceux d'une dépression vasculaire et nerveuse redoutable, et on fera plus de mal que de bien. Il importe donc de saisir l'opportunité. Je viens de traverser une épidémie de rougeole dont plusieurs cas se sont compliqués de bronchite ramusculaire, et j'ai pu constater que chez les adultes, aussi bien que dans la broncho-pneumonie rubéolique des enfants, ce moyen était d'une grande efficacité. Dans cette affection, la tolérance rasorienne s'établit d'autant plus aisément qu'il est d'observation que les sujets dont la respiration est très-gênée, principalement ceux atteints de bronchite capillaire, vomissent avec une extrême difficulté.

La pneumonie intercurrente qui survient dans le cours des fièvres typhoïdes est l'un des accidents les plus graves qui puissent compliquer une affection déjà si redoutable par elle-même. Quoique l'élément inflammatoire n'y apparaisse pas d'une manière aussi tranchée que dans les autres formes de la pneumonie, et qu'il s'agisse bien plutôt d'une oblitération mécanique des vésicules par les dépôts de lymphe plastique qu'une congestion de longue durée y a déposés, cette sorte de carnification pulmonaire est moins réfractaire à la méthode rasorienne qu'à tous les autres moyens, sans en excepter la pratique des très-petites saignées préconisée par M. Bo-

namy, et qui, quelques ménagements qu'on y apporte, produit toujours une spoliation intempestive. Je me suis demandé si les succès annoncés par M. Raynouard, dans un travail qui a très-légitimement fixé l'attention, ne tiennent pas en grande partie à l'éloignement, sous l'influence de l'émétique, de cette complication si fréquente, et qui ne s'annonce pas toujours par des signes évidents. Je dirai incidemment, à ce propos, que la forme dite *inflammatoire* de la fièvre typhoïde me paraît seule susceptible d'être traitée avec avantage par l'émétique à hautes doses. J'en ai retiré d'excellents résultats, tout récemment, dans un cas analogue, et ce fait m'a d'autant plus frappé que mon malade avait eu une diarrhée prodromique de trois semaines qui céda très-rapidement sous l'influence des premières potions émétisées.

J'ai eu enfin recours à ce même moyen dans ces bronchites fébriles très-étendues auxquelles sont sujets les emphysémateux, et qui, si elles ne sont pas immédiatement compromettantes pour la vie, ont une tendance dangereuse à revêtir la forme sub-aiguë ou chronique, et à se réveiller sous l'influence du moindre refroidissement.

Je résume toutes ces considérations dans les conclusions suivantes :

1° L'émétique, une fois que la tolérance est établie, peut être donnée pendant des mois entiers à des doses de 20 à 10 centigrammes, et concurremment avec une alimentation très-réparatrice, sans provoquer le moindre trouble digestif, ni amener le moindre malaise général. La constipation survient presque invariablement sous son influence.

2° Il y a tout avantage à remplacer les antimoniaux insolubles donnés d'habitude à la fin des pneumonies aiguës par des doses décroissantes, mais prolongées, d'émétique.

3° Dès que la bronchite aiguë simple dépasse certaines limites, il convient de lui opposer la potion stibiée. Cette médication est encore mieux indiquée, lorsque les poumons sont suspects ou lorsque la bronchite confine à la pneumonie, sans qu'un diagnostic précis puisse être formulé, comme cela arrive si souvent chez les enfants.

4° L'émétique à hautes doses arrête le plus souvent les accidents aigus du ramollissement tuberculeux, et maintient ou ramène la phthisie sous cette forme apyrétique à laquelle les eaux thermales sulfureuses et les huiles de poisson sont opposées avec avantage. L'existence de signes de ramollissement de l'estomac constitue la seule contre-indication à l'emploi de ce moyen.

5° Ce traitement est applicable avec grandes chances de succès à la période æstueuse de la bronchite capillaire, à la pneumonie intercurrente des fièvres typhoïdes et à la bronchite généralisée très-aiguë à laquelle sont sujets les emphysémateux.

6° Il serait possible que l'émétique continué à petites doses, pendant une série de plusieurs mois, rendît définitivement stationnaires les tubercules déposés dans le tissu du poumon, mais c'est un point à réserver pour l'expérimentation ultérieure.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement consécutif aux hémorrhagies puerpérales; et de l'emploi des lavements vineux associés à l'opium.

Par M. le docteur Charrier, ex-chef de la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine, secrétaire de la Société anatomique, etc.

On ne peut nier l'extrême danger qui accompagne les hémorrhagies puerpérales; ces hémorrhagies sont si considérables, si rapidement mortelles, que l'on a vu des femmes succomber dans un laps de temps très-court, une heure, une demi-heure même, si aucun secours ne leur est porté. Mais quand bien même la femme ne succombe pas immédiatement, le danger n'est pas définitivement conjuré, il persiste encore pendant sept ou huit jours, et quelquefois plus, car la malade est tellement anémiée, tellement épuisée, qu'elle finit par s'éteindre, soit lentement, à bout de forces, et ne pouvant pas réagir, soit subitement, dans une syncope. Aussi serait-ce une erreur grave, et qui pourrait entraîner après elle les plus fâcheuses conséquences, de croire qu'il n'y a plus rien à faire, et surtout plus de traitement à instituer, une fois l'hémorrhagie suspendue.

Tous les accoucheurs ont été témoins de ces morts subites, après une déperdition sanguine considérable. Nous-même nous avons observé un cas semblable, en 1851, à la Maternité de Paris. Une femme avait eu une hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta sur l'orifice; elle succomba subitement, le neuvième jour de ses couches, quoique l'hémorrhagie ne se fût pas reproduite depuis son accouchement. A l'autopsie, aucune lésion ne put expliquer sa mort, si ce n'est l'extrême anémie de tous les organes.

Toutes les femmes n'ont point la même force de résistance aux déperditions sanguines; et l'état syncopal qui persiste, quelle que soit d'ailleurs l'apparence plus ou moins anémiée de la malade, est tou-

jours un symptôme des plus alarmants, et qui doit éveiller au plus haut point la sollicitude du médecin. Aussi ne faut-il pas se laisser aller à la sécurité d'un mieux même réel, et agir comme si le péril était tout à fait éloigné : il faut persévérer dans la médication réparatrice, comme si le danger continuait à être imminent, et ne s'arrêter que lorsque la malade est entrée en pleine convalescence.

Les symptômes généraux étudiés avec soin seront pour le médecin un guide sûr et fidèle, et lui fourniront les indications d'une thérapeutique énergique et puissante.

Aussitôt après l'hémorrhagie, la malade est en proie à un refroidissement général de tout le corps et surtout des extrémités. Défaillances continuelles au moindre mouvement, petitesse extrême du pouls ; quelquefois même il n'est pas sensible à la radiale, et ce n'est qu'à l'humérale ou même à l'axillaire qu'on le perçoit distinctement; à la radiale, c'est plutôt un frémissement qu'une véritable pulsation. Les pulsations varient entre 120 et 140 à la minute ; les ongles sont bleuâtres, la peau est froide et visqueuse, quelquefois sèche, terreuse. En même temps, on constate une dilatation énorme de la pupille, une soif ardente, avec sécheresse de la langue ; frigidité, et même fétidité de l'haleine. A ces symptômes viennent s'ajouter des vomituritions continuelles, quelquefois même des vomissements, accompagnés ou non de subdelirium, de marmottements continuels, qui nous indiquent que le cerveau ne fonctionne plus ou fonctionne mal, et par suite l'estomac se trouve affecté et ne peut plus rien supporter. C'est cet état qu'il faut à tout prix combattre, car il empêche la malade de pouvoir assimiler, et par conséquent de réparer ses forces affaiblies. L'absence de sommeil est aussi un symptôme d'une grande importance, et qui est encore une cause de la persistance de sa faiblesse.

Dans cet état grave, la calorification est nulle, la circulation ralentie, imparfaite, et il y a une tendance continuelle au refroidissement. Tant que ces symptômes ne disparaîtront pas complétement, le danger existe toujours et la mort peut survenir ; mais, par contre, le médecin ne doit pas oublier que tant qu'il y a un battement au cœur, il y a un espoir de salut.

Voici une observation recuelllie en septembre 1858 dans le service de M. Dubois remplacé par M. Pajot ; ce fait montrera la vérité de ce que nous avançons, mieux que tout ce que nous pourrions dire.

La nommée Mocquand (Joséphine), trente-neuf ans, d'une bonne constitution, enceinte de son dixième enfant (trois fausses couches

et six accouchements ; deux fois l'enfant a présenté le pelvis et la dernière fois l'épaule), est reçue à l'hôpital, le 15 septembre 1858, à minuit, pour une hémorrhagie légère ; le repos horizontal suffit seul pour l'arrêter. La conformation du bassin est normale ; cette femme a été réglée à dix-neuf ans pour la première fois, et l'écoulement menstruel est de huit à neuf jours de durée chaque mois. Elle a eu ses règles le 11 décembre 1857 pour la dernière fois ; elle est donc à terme.

Le 14 septembre, à onze heures du soir, elle a été prise de quelques douleurs ; à onze heures un quart, perte de caillots assez considérable. On l'amène à la Clinique, vivement impressionnée par cette perte ; là, le 15, à une heure du matin, l'hémorrhagie a cessé ; à huit heures du matin, nous l'examinons, M. Pajot et moi, nous ne sentons aucune partie fœtale ; nous n'insistons pas pour ne pas renouveler l'hémorrhagie (repos absolu, deux portions, 125 grammes de bordeaux), le pouls bat à 90 pulsations, il est bon ; un peu de souffle dans les carotides, quelques douleurs dans les reins de temps à antre. Elle va bien les jours suivants ; le 22 septembre 1858, dans la nuit, les douleurs reviennent d'une manière intermittente, toutes les vingt minutes. Vers quatre heures du matin, l'hémorrhagie se reproduit assez intense, la dilatation n'est large que comme une pièce de 2 francs ; les membranes se rompent, l'hémorrhagie se suspend, le bras droit fait procidence. A huit heures du matin, je trouve l'avant-bras dans le vagin, une partie du placenta décollée à gauche ; la tête n'est pas très-haute ; on la sent dans la fosse iliaque gauche ; les battements du cœur s'entendent très-nettement entre le pubis et l'ombilic, donc le dos est en avant ; je diagnostique une présentation de la partie céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite.

A neuf heures, la dilatation est complète ; M. Pajot étant absent, la femme est chloroformisée sur sa demande ; quelques inhalations suffisent pour l'anésthésier ; le pouls n'est pas très-fort, mais cependant il n'est pas dépressible. J'introduis la main droite et je peux saisir les deux pieds au fond de l'utérus ; la version fut assez facile ; la délivrance est immédiatement pratiquée.

La malade perd assez abondamment ; 4 grammes de seigle sont donnés en deux fois, à quinze minutes de distance ; l'utérus se rétracte et reste rétracté ; au-dessus du pubis, la main sent le globe utériu très-ferme et très-résistant, et cependant l'hémorrhagie continue ; 2 nouveaux grammes de seigle ergoté sont encore donnés ; pendant deux heures, l'hémorrhagie est suspendue.

A deux heures de l'après-midi, l'hémorrhagie reparaît, l'utérus est toujours rétracté. Il est donc certain que l'hémorrhagie provient du col qui pend dans le vagin, à peine revenu sur lui-même, flasque et flottant ; l'insertion vicieuse du placenta tout à fait sur l'orifice nous explique la persistance de l'hémorrhagie. Des compresses d'eau froide sur le ventre, sur les cuisses, renouvelées incessamment, n'amènent aucune amélioration ; un tampon de charpie, imbibé de perchlorure de fer, est introduit dans le vagin et arrête définitivement le sang.

Trois heures : la malade est très-mal, la face est blême, presque livide ; les lèvres, les gencives sont complétement décolorées ; la langue est froide, sèche ; l'haleine est froide, le bout du nez est comme gelé, ses ailes sont pincées ; facies hippocratique ; les yeux sont ternes et hagards, la pupille énormément dilatée.

La peau des mains est froide et visqueuse, les pieds sont dans le même état, les ongles sont complétement bleuâtres ; la voix est éteinte, cassée, comme dans la période ultime du choléra.

Le pouls est imperceptible à la radiale ; on ne le sent qu'à l'humérale ; il bat 110 fois par minute, d'une dépressibilité extrême ; hoquet, respiration saccadée, envies de vomir continuelles, soif ardente. La mort paraissait prochaine.

Subdelirium, marmottement continuel, soubresauts de tendons.

En présence d'un cas aussi grave, il fallait agir et agir promptement. L'hémorrhagie étant complétement arrêtée, nous entourons les pieds et les avant-bras de sinaspismes ; sinapismes sur la région du cœur ; une bassinoire est continuellement promenée sur tout le corps ; bouillon froid à la glace, vin de Bordeaux à la glace, glace même en fragments : c'est la seule chose que l'estomac puisse supporter ; dès que les boissons ne sont plus glacées, la malade les rejette. Lipothymies fréquentes.

Au bout de trois heures de soins continuels, de toniques, la malade a bu près de 100 grammes de vin et autant de bouillon. La chaleur tend à revenir, le pouls est perceptible à la radiale. Opium, 0gr,02.

La réaction commence à se faire ; la peau se réchauffe. Opium, 0gr,06 en trois pilules, à deux heures de distance, jusqu'à sommeil ; on ira même jusqu'à cinq pilules, si la malade ne repose pas.

A la troisième pilule, la malade s'endort ; mais le sommeil est agité ; soubresauts de tendons.

Le matin, 24 septembre, la malade est d'une faiblesse extrême, elle ne peut pas remuer sans se trouver mal. Même état que la veille, seulement un peu de chaleur. Trois lavements vineux de 100 grammes de vin chaque sont ordonnés dans la journée.

Les deux premiers sont rejetés presque immédiatement. Alors, à la visite du soir, à quatre heures et demie, j'en fais donner un additionné de 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Il est gardé. 0gr,05 d'opium pour la nuit ; Bordeaux, 125 grammes ; quatre bouillons à la glace.

Le 25 septembre, un peu de mieux ; le pouls est à 114, très-faible encore ; pas de douleurs de ventre ; la malade a un peu dormi ; tendance toujours à la syncope. Trois lavements vineux et laudanisés. Une demi-heure après le premier, la malade se sent beaucoup mieux ; elle sent, dit-elle, la chaleur revenir ; elle demande qu'on lui fasse son lit, ce qu'on ne lui accorde pas ; frigidité de l'haleine ; le pouls est à 106 pulsations. Opium, 0gr,05 pour la nuit.

Le 26, le tampon de perchlorure de fer est retiré ; l'hémorrhagie ne reparaît pas, mais la tendance aux syncopes persiste. Deux potages, trois lavements vineux laudanisés. Le dixième jour de la couche, c'est-à-dire le 3 octobre, légère montée du lait.

Pendant dix jours, le même traitement fut rigoureusement suivi, jusqu'à ce que la tendance aux syncopes eût complétement disparu.

Pendant les cinq derniers jours, on ne donna plus qu'un lavement vineux le matin.

Le sommeil ne revint que vingt-deux jours après l'accouchement, sans qu'on eût recours à l'opium.

Le 12 octobre, la malade commença à faire quelques pas dans la salle.

Le 20, cette femme sortait guérie.

D'après tout ce que nous avons dit précédemment des symptômes qui accompagnent et suivent les hémorrhagies abondantes, nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

Trois indications très-importantes sont à remplir dans les pertes de sang considérables :

1° Ranimer la malade et rétablir la circulation capillaire ;

2° Faire disparaître au plus tôt cet état syncopal, qui se traduit par des défaillances continuelles, une insomnie persistante, des envies de vomir, et même des vomissements ;

3° Relever l'organisme épuisé, et le mettre en état d'assimiler et de réparer.

1° Ranimer la malade. Il faut, pour atteindre ce but, rétablir la circulation capillaire, et réchauffer la malade en promenant des sinapismes aux extrémités et sur la région précordiale. Le sinapisme a cet avantage que la chaleur développée par la rubéfaction qu'il cause dure longtemps. On pourrait employer le marteau de Mayor qui a rendu de très-grands services dans des cas semblables. Nous avons aussi fait promener continuellement, pendant une grande demi-heure sur la malade, enveloppée dans une couverture, une bassinoire très-chaude.

2° Le traitement de l'état syncopal est difficile à instituer dès le début. Si l'on ne songe à employer les lavements toniques, l'estomac frappé d'inertie ne fonctionne plus et rejette tout. Aussi les lavements vineux ont été d'un grand secours; mais comme ils étaient rejetés presque immédiatement, nous les avons additionnés de 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Leurs effets ont été rapides et manifestes, et la malade elle-même, quelques jours après la suspension même de l'hémorrhagie, les réclamait comme étant le médicament qui la réconfortait le mieux et le plus vite. M. Debout, dans le numéro de janvier 1859 du *Bulletin de Thérapeutique,* a insisté sur leur efficacité : nous n'avons pas à y revenir. L'opium donné toutes les trois ou quatre heures, à la dose de 2 centigrammes, en pilules, calme pour la plupart du temps les vomituritions et endort

les malades. Empêchant les vomissements, il permet d'administrer aux malades du bouillon à la glace et du vin glacé en petite quantité, mais fréquemment répété.

3° Dès que l'assimilation et l'absorption commencent, tous les toniques sont indiqués, mais il faut encore attendre quelques jours avant de donner du fer, et, quand on le donne, il faut l'administrer à petites doses; sans cette précaution il pourrait être rejeté.

L'observation précédente est aussi très-curieuse au point de vue de l'obstétrique.

Nous ferons remarquer :

1° Une hémorrhagie très-difficile à arrêter, parce que le placenta était tout à fait inséré sur l'orifice qui, même après la reformation du col, n'a qu'une faible tendance à la rétraction, et reste flottant dans le vagin.

Là, le perchlorure de fer a été très-utile, tous les autres moyens ayant échoué.

2° Une femme qui a déjà eu des présentations vicieuses dans ses couches précédentes. Cette fois encore l'enfant présente l'épaule, et le placenta est tout à fait sur l'orifice. Double danger pour la mère et l'enfant.

L'enfant succombe, quarante-huit heures après l'extraction, des suites de l'hémorrhagie maternelle.

Il était né vivant, mais il n'était pas viable.

3° La sécrétion laiteuse qui se fait le dixième jour, peu apparente, il est vrai. Mais la perte de sang si considérable qu'a subie la malade explique très-bien son peu d'abondance, et nous prouve encore une fois de plus que lorsque l'état pathologique disparaît, l'état physiologique revient à son état normal, et accomplit alors les actes qui avaient été suspendus par la maladie.

En résumé, nous conseillons donc pour le traitement des hémorrhagies puerpérales graves par suite d'insertion du placenta sur l'orifice :

1° L'emploi du seigle ergoté : il n'a qu'une action très-faible sur la rétraction de l'orifice, mais il empêche l'inertie du corps de l'utérus, ce qui augmenterait beaucoup l'hémorrhagie;

2° Du tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer, placé dans le col de l'utérus après la délivrance;

3° Des moyens les plus rapides de calorification : sinapismes, marteau de Mayor;

4° Des quarts de lavements vineux additionnés de laudanum; opium à petites doses, à peu de temps d'intervalle, toutes les deux heures, par exemple;

5° Bouillons et vin à la glace ;

6° Continuer ces moyens jusqu'à ce que tous les symptômes, tels que tendance à la syncope, au vomissement, aient complétement disparu ;

7° Donner le fer à petites doses d'abord, parce que l'estomac ne le supporte que difficilement.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelles considérations pharmacologiques sur la belladone, ses produits et ses préparations.

Par MM. Loret et Jame, pharmaciens à Sedan.

La belladone (*atropa belladona*), famille des solanées, jouit de propriétés précieuses et très-diverses ; mais, jusqu'à ce jour, les préparations faites avec cette plante n'ont pas rendu tous les services qu'on était en droit d'en attendre, parce qu'elles ne se présentaient pas au praticien dans des conditions d'identité désirables. Cependant cette solanée a été considérée de tout temps par les médecins comme devant occuper un place considérable dans la thérapeutique, ce qui explique pourquoi cette plante a été l'objet de tant de recherches. Citons pour mémoire les travaux de Brande, Berzelius, Vauquelin, de MM. Debreyne, Bouchardat, Stuart Cooper, Planta, Cazin, Rabourdin, Luxton, Mein, etc.

Nous voyons, en effet (pour parler seulement des préparations les plus usitées), que la poudre de feuilles de belladone a été jusqu'à ce jour recherchée, en ce sens qu'elle contient toute la substance de la plante. M. Soubeiran dit que « cette poudre, préparée avec soin, est un excellent médicament, sur les effets duquel on peut compter entièrement ; mais il n'en faut préparer qu'une petite quantité à la fois, car la belladone, comme les autres solanées, s'altère très-rapidement sous cette forme. » Le fait a été constaté par les expériences de M. Norbert Gilles. Ces mêmes expériences, répétées par nous, vers la même époque, nous confirment l'altérabilité des feuilles de belladone, même conservées avec les plus grandes précautions. La poudre de racine, bien que moins prompte à s'altérer, se décompose néanmoins comme celle des feuilles. Il est supposable que la chlorophylle accélère la décomposition des feuilles.

Extrait de suc non dépuré. — Les différents modes de préparation des extraits changent complétement la nature du médicament

dont la valeur comparative, d'après M. Soubeiran, n'a pas été bien établie. Cependant, M. Bouchardat, qui s'est occupé de cette question, accorde la préférence à l'extrait de suc non dépuré, parce que la présence de l'albumine inerte n'a pas altéré les principes actifs.

Extrait de suc dépuré. — Il n'en serait pas de même de l'extrait de suc dépuré, car la chaleur employée pour la coagulation de l'albumine et l'évaporation au bain-marie ont pu altérer les principes actifs.

Extrait aqueux de belladone. — Quant à la préparation de l'extrait de belladone par l'eau, c'est un médicament infidèle.

Il résulte que, des préparations de l'extrait de belladone par l'eau, il n'en est qu'une seule, l'extrait de suc non dépuré, sur laquelle le médecin puisse compter, et encore cet extrait a une grande tendance à s'altérer par le temps, parce que son état hygrométrique le liquéfie facilement.

Extrait alcoolique de belladone. — La seule préparation d'extrait de belladone qui mérite confiance est l'extrait alcoolique de belladone. M. Bouchardat (*Eléments de matière médicale et Pharmacie*) dit que « c'est une bonne préparation, que M. Fouquier a expérimentée avec succès. Il est vrai que cette préparation ne retient plus d'albumine ; mais elle contient, unie à la chlorophylle, le principe actif de la belladone. »

M. Martin, pharmacien, avait été frappé, comme nous, de ce fait que, malgré les nombreuses améliorations introduites dans le mode de préparation des extraits, ceux-ci laissaient encore beaucoup à désirer, et même, sans exagération, que le même extrait, pris dans des officines différentes, était loin d'être identique ; aussi, avait-il proposé de remplacer l'extrait, dans les sirops d'aconit, de belladone, de ciguë, de digitale, etc., par l'alcoolature de ces mêmes plantes.

Dans le travail de M. Martin, nous remarquons que tous les sirops contiennent 0gr,05 d'extrait (obtenu par évaporation de l'alcoolature) pour 30 grammes de sirop. Ce mode peut avoir un certain avantage sur la préparation du sirop du Codex, presque inusité aujourd'hui, en ce sens que cette préparation par l'alcoolature est d'une conservation plus facile, d'un effet plus certain, et que l'alcoolature de belladone est un médicament énergique qui, d'après M. Bouchardat, mérite d'être employé plus souvent qu'il ne l'est, et aux mêmes doses que la teinture alcoolique.

Nous remarquons que cet extrait alcoolique contient, en sus des

principes actifs de la belladone, de la chlorophylle, de l'amidon, entraînés par l'eau de végétation de la plante.

Hydrolat de belladone. — Il est une préparation de belladone à laquelle on n'a pas pensé, ou plutôt qui a été considérée comme inerte, c'est l'hydrolat de belladone. Tout le monde est d'accord pour reconnaître, dans les solanées, une odeur vireuse (d'après les travaux de Brande et ceux qui nous sont personnels, cette odeur se retrouve dans l'hydrolat, et non dans l'alcoolat de belladone). Cette odeur n'est-elle pas une manifestation de propriétés particulières inhérentes aux plantes de cette famille naturelle ? N'était-il pas désirable de chercher à composer un produit de belladone qui représentât tous les principes de la plante, mais dans des conditions d'identité que ces préparations ne comportaient pas jusqu'ici ?

Après avoir étudié, avec tout le soin qu'exigeait l'importance du sujet, les préparations pharmaceutiques dont elle est la base, les diverses formules mises en œuvre jusqu'ici, nous avons voulu faire un sirop reproduisant toutes les propriétés de ce végétal, qui fût toujours identique, c'est-à-dire un sirop sur l'action et le dosage duquel un médecin pût toujours compter.

Voici comment nous avons opéré :

Sirop de belladone par l'hydrolat et à l'alcoolature modifiée :

Pr.	Sucre raffiné	1000 parties.
	Eau distillée de belladone recohobée	500 parties.

Faites S. A. un sirop par simple solution et à froid (l'odeur vireuse de la belladone étant très-fugace, il est utile de distiller la plante avant sa parfaite floraison, et de la transformer en sirop aussitôt après sa préparation).

D'autre part, préparez une alcoolature de belladone avec :

Feuilles fraîches de belladone	1000 parties.
Alcool à 36°	1000 parties.

Laissez macérer quarante-huit heures à + 25°, épuisez complétement la plante par lixiviation (cette macération de quarante-huit heures, au lieu de quinze jours, comme le demande le Codex, a pour but d'empêcher l'acétification d'une partie de l'alcool affaibli par le suc de la plante et ses divers principes) ; passez avec expression et filtrez.

L'alcoolature donne en poids 1,290 grammes ; enlevez, par distillation, approximativement, 290 grammes d'alcool, qu'il faut conserver.

Les 1,000 grammes d'alcoolature contiennent : atropine, résine verte, chlorophylle, un peu d'amidon, quelques sels, etc. Ces divers produits sont entraînés à la faveur de l'eau de végétation de la plante.

Afin de débarrasser le résidu de la distillation des substances inactives, nous avons ajouté un poids connu de noir animal purifié. Par des filtrations successives, nous avons obtenu un liquide de couleur ambrée marquant 15 degrés Cartier.

Après dessiccation de noir animal à douce température, nous reprenons par l'alcool à une température de +60°, afin de dissoudre les principes actifs seuls, conformément aux expériences de M. le docteur Garrod (*Bulletin général de Thérapeutique*).

Nous avons remarqué que la chlorophylle, qui avait subi la dessiccation dont il vient d'être parlé, ne se dissolvait plus dans l'alcool.

En faisant évaporer l'alcoolature à une chaleur de + 50°, nous avons un extrait renfermant : 1° la matière active de Brande, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool ; 2° la résine verte, dans laquelle se trouve engagée l'atropine ; en un mot, tous les principes utiles, et rien que les principes utiles de la belladone.

Il est à remarquer que cet extrait, qui peut remplacer avantageusement l'extrait du Codex, n'est pas complétement soluble dans l'alcool à 40 degrés Cartier, mais bien dans un alcool affaibli ; en effet, quand on reprend par l'eau le résidu de cet extrait épuisé par l'alcool fort, on obtient cette substance sous forme d'extrait résineux de Brande qui se dissout dans l'eau.

Il nous devient facile de doser le sirop, en ajoutant par 30 grammes 0gr,01 d'extrait dissous dans l'alcool marquant 45 degrés centigrades. Nous employons à cet usage l'alcool retiré de la distillation de l'alcoolature.

Ce sirop est incolore, d'une odeur vireuse caractéristique, et cependant d'une saveur agréable (*surtout ne donnant pas d'âcreté à la gorge*).

Ces observations nous amenaient directement à rechercher dans l'extrait ci-dessus les principes énoncés. A cet effet, nous avons mis dans une éprouvette graduée (crémomètre) 14 grammes de l'extrait indiqué ci-dessus, dissous dans un volume d'eau tel qu'il affleurait le 30 du crémomètre bien bouché. Nous l'avons agité avec de l'éther rectifié ; après cinq ou six heures de repos, l'éther se colora légèrement en vert (résine verte), et en même temps entraîna une matière mucilagineuse sans la dissoudre. Après avoir épuisé

par plusieurs additions d'éther la solution aqueuse d'extrait, tous ces produits éthérés recueillis ont été évaporés à l'air libre.

Nous avons repris par l'alcool à 40 degrés Cartier, qui dissout seulement l'atropine et laisse la résine. Cet alcool, filtré et évaporé à l'air libre, dépose après quelques minutes des cristaux aiguillés et blancs d'atropine; on décante, car l'alcool surnageant qui reste retient une certaine quantité d'extrait qui colore l'atropine; mais cet extrait, très-soluble dans l'eau, peut être éliminé.

Les mêmes expériences par l'éther ayant été répétées sur de l'extrait d'alcoolature du Codex, nous avons obtenu la même quantité d'atropine qui, engagée dans la chlorophylle, se purifie difficilement; la même quantité de résine, de matières extractives insolubles dans l'alcool, mais solubles dans l'eau, et de plus des sels qui se sont déposés au fond de l'éprouvette. Ces sels nous ont paru être ceux indiqués dans l'analyse de Vauquelin, c'est-à-dire des sels de potasse, chaux, fer, silice et ligneux.

Avant les travaux des dernières années, l'histoire des produits de la belladone était tellement obscure et incertaine, que plusieurs chimistes, à la tête desquels on peut citer Berzelius, avouaient que tout était doute dans cette question. En effet, non-seulement on n'était pas fixé sur la valeur des principes qu'on en obtenait, mais encore les nombreux et infidèles procédés décrits ne donnaient que des produits douteux.

Nos recherches n'ont eu d'autres prétentions que de nous assurer :

1° Si à l'odeur vireuse de la belladone ne se rattachait pas une propriété médicamenteuse méconnue jusqu'ici ;

2° Si les principes actifs de la belladone n'étaient pas rendus altérables par les principes inertes des feuilles ou des racines, comme la chlorophylle, l'amidon, l'albumine;

3° Si l'atropine était le seul principe actif de la plante, comme la morphine serait le seul de l'opium, abstraction faite de la codéine, etc.

Aujourd'hui l'atropine est retirée des racines, et naguère encore on la cherchait presque exclusivement dans les feuilles.

M. Giacomini (*Matière médicale et thérapeutique*) prétend que les feuilles de belladone ont plus d'énergie que sa racine. Cela tient sans doute à ce qu'on était frappé de l'odeur vireuse des feuilles, et que par intuition on cherchait un principe actif dans ce caractère d'odeur stupéfiante.

MM. Ranque et Simonin, après avoir épuisé la belladone par l'éther, et distillé avec l'eau le produit de cette macération, ont trouvé

dans cette eau, d'après ce qu'ils disent, une huile et une résine qui surnagent la solution aqueuse. Ils ont bien suivi l'opération en ce qui concerne l'atropine, mais ils ont négligé les autres produits. Brande, qui, le premier, s'est spécialement occupé de la belladone et en a donné une analyse, prétend que son principe vénéneux est volatil, et cela à une température élevée, puisqu'il dit qu'en travaillant à la belladone il avait la pupille dilatée pendant au moins deux heures.

D'après les travaux consignés dans les annuaires de ces dernières années, nous voyons que l'atropine se décompose en partie en se volatilisant à la température de 140 degrés (Plantu), température évidemment supérieure à celle à laquelle opérait Brande.

En consultant plusieurs ouvrages de thérapeutique concernant l'atropine, nous voyons que cet alcaloïde, employé avec prudence, comme le dit le docteur Cazin (*Monographie médico-pratique de la belladone*), devra l'emporter sur toutes les autres préparations; comme principe actif de la plante, elle offre plus de certitude et de constance dans ses effets. Cependant MM. Trousseau et Pidoux diffèrent sur ce point, déclarant qu'ils n'établissent pas de différence entre une préparation sûre et identique de belladone et son alcaloïde.

Notre travail a eu pour but :

1° De donner une préparation renfermant tous les principes actifs de la belladone, solubles dans l'eau et solubles dans l'alcool.

2° D'éliminer toutes les matières inertes qui pourraient nuire à la conservation de cette préparation, en nous appuyant ou plutôt en nous rattachant à ce qu'en a dit M. Giacomini : « Si l'on examine les différentes préparations médicinales dans lesquelles on fait entrer la belladone, on verra qu'elles peuvent avoir des inconvénients à cause du mélange des substances. En général, moins les préparations de belladone sont composées, plus l'action en sera sûre et prompte. » (*Matière médicale et thérapeutique.*)

3° De donner une préparation toujours identique, et sur le dosage de laquelle le médecin puisse sérieusement compter.

4° De modifier les effets de l'atropine, d'un emploi souvent dangereux.

5° De généraliser un médicament sérieux que beaucoup de praticiens employaient avec hésitation à cause de l'inconstance de ses effets, et de rendre à cette précieuse solanée le premier rang qu'elle occupait parmi nos plantes médicinales indigènes, et, comme le dit le docteur Cazin, « cette substance médicamenteuse, éminemment utile, doit être placée sur la même ligne que l'opium et le quinquina.»

Poudre pour insufflation contre l'angine couenneuse.

Nous avons publié depuis quelque temps un grand nombre de formules et de remèdes variés contre le croup et l'angine couenneuse. Mais aucun d'eux malheureusement n'offre assez de garanties, d'efficacité constante, pour qu'on doive renoncer à en chercher d'autres et à signaler, chemin faisant, ceux qui nous tombent sous les yeux, lorsqu'ils ont du moins pour eux le témoignage de l'expérience pratique. Voici la formule d'une poudre qui, d'après M. le docteur Bontemps, pourrait rendre des services, sinon dans le croup proprement dit, du moins dans l'angine couenneuse.

Noir animal........................	5 grammes.
Calomel............................	50 centigrammes.

M. Bontemps dit avoir vu, chaque fois qu'il s'est servi de cette poudre, les fausses membranes disparaître le lendemain et la place devenir nette ; mais, ajoute-t-il, lorsque la maladie avait envahi le larynx, ce médicament échouait comme les autres. En résumé, ce moyen lui a paru efficace contre l'angine couenneuse et non contre la laryngite pseudo-membraneuse.

Moyen de s'assurer de la pureté de la glycérine.

L'emploi si fréquent aujourd'hui de la glycérine nous engage à consigner ici un moyen très-simple de constater si le produit livré par le commerce est chimiquement pur.

On verse dans une éprouvette remplie de glycérine quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent, qui donne immédiatement un précipité caséiforme, si, comme le plus souvent c'est le cas, la glycérine contient des chlorures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des convulsions chez les enfants, au point de vue du diagnostic et du traitement.

Par M. A. Legrand, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

J'ai eu à constater, dans le courant de l'année dernière, le décès d'un enfant mort dans une attaque d'éclampsie (1). Le médecin

(1) Je comprends sous ce nom toute crise violente de convulsions, et une discussion qui a eu lieu récemment dans le sein de la Société de médecine pratique (séance du 7 janvier 1858, Gazette des Hôpitaux, n° 48) m'a prouvé que beaucoup de praticiens distingués ont, quant à l'acception qu'il faut donner à ce mot, la même manière de voir que moi.

qui l'avait traité était présent au moment de ma visite, et, après l'avoir consulté du regard, j'allais porter sur mes certificats, comme cause de la mort, *méningo-céphalite* ; mais il s'empressa de réclamer, et je dus écrire sous sa dictée, et malgré mes convictions personnelles [1], *fièvre pernicieuse.*

Voici maintenant la relation du fait, telle qu'elle m'a été donnée par ce même médecin.

Obs. I. L'enfant, âgé de trois ans environ, n'avait été malade que quatre ou cinq jours. Après vingt-quatre heures d'un état de souffrance générale, il avait eu des nausées et quelques vomissements, puis il avait été pris de mouvements convulsifs de suite assez violents. Ses parents, qui étaient alors à la campagne, se hâtèrent de le ramener à Paris, en s'arrêtant (par suite d'une nouvelle crise) dans une ville située sur leur trajet, où un médecin consulté en toute hâte avait prescrit une potion antispasmodique qui avait d'abord paru procurer quelque amendement, puisque les convulsions avaient momentanément cessé. Mais elles se manifestèrent avec une nouvelle énergie au moment de l'arrivée à Paris, et eurent, en quelques heures, l'issue fatale qui amena mon intervention.

On n'avait opposé aux progrès de la maladie d'autre médication que le sulfate de quinine !

Si le fait que je viens de relater, beaucoup trop brièvement sans doute, s'était passé dans la clientèle d'un médecin, qu'à tort ou à raison on eût pu considérer comme un homme ordinaire, j'aurais vu là une simple erreur de diagnostic et ne m'en serais plus occupé ; mais j'ai dû y voir une tendance de la jeune génération actuelle à revenir à des opinions que j'ai vu combattre, au moment où j'entrais dans la carrière médicale, par un génie puissant, qui, par une autre exagération (cause de la ruine un peu trop complète de ses doctrines), n'admettait qu'une cause de maladie, l'inflammation ; qu'une seule médication, la saignée, soit générale, soit locale.

Cette tendance, si elle existe réellement, serait, à mon avis, fâcheuse, et je crois de mon devoir d'élever ma faible voix pour la combattre, tout en ne le voulant faire qu'au point de vue indiqué par le titre de cette note.

Lorsqu'on ouvre les auteurs du siècle dernier qui ont écrit sur les maladies des enfants, Rosen de Rosenstein, Underwood et

[1] Je n'ai jamais pensé que le médecin vérificateur des décès pût ou dût contrôler la conduite du médecin traitant. Il ne le peut guère, parce qu'il n'a pas suivi la maladie ; et par des considérations facilement appréciables, je crois qu'il ne le doit pas.

Armstrong et Chambon, ce n'est que dans ce dernier auteur [1] que l'on trouve la congestion au cerveau indiquée comme une des causes des convulsions que l'on observe si souvent dans l'enfance, et encore ne l'est-elle qu'après bien d'autres, qui paraissent, aux yeux de ces auteurs, beaucoup plus essentielles. Seulement, Underwood et Armstrong veulent bien reconnaître la gravité de cet effrayant phénomène. « Ainsi, disent-ils [2], lorsqu'une maladie est disposée à produire des convulsions qui deviennent quelquefois fatales, la convulsion, quoique symptôme, mérite la plus grande attention. »

Certes, la convulsion doit attirer toute l'attention du médecin, car elle est l'indice à peu près certain qu'il existe une congestion soit momentanée, soit permanente, soit secondaire, soit primitive, vers le cerveau ; et, momentanée d'abord, elle peut facilement devenir permanente ; secondaire ou symptomatique, elle peut bientôt constituer une maladie plus grave que celle dont elle est la conséquence. Cette façon d'envisager les convulsions aurait été, d'après Ollivier (d'Angers), commentateur de Billard [3], celle de Burton, Van-Swieten, Morgagni, et, dans le siècle actuel, de Georget et de Lallemand. Quoi qu'il en soit, c'est à Brachet [4], tout récemment enlevé à la science, où il laisse un nom si honorable, que revient l'honneur d'avoir bien démontré cotte opinion, entièrement adoptée par Billard, qui s'exprime ainsi : « Les convulsions sont, le plus souvent, le résultat d'une méningite rachidienne ou cérébrale. S'il est des cas où l'on ne trouve pas à l'ouverture des cadavres les traces de l'inflammation des méninges, c'est que, d'une part, il est fort difficile de distinguer leur congestion passive de leur injection phlegmasique, et que, de l'autre, on conçoit qu'une irritation assez prononcée du tissu d'un organe puisse avoir lieu avant que le produit de l'inflammation ait eu le temps de se manifester, du moins d'une manière assez sensible pour que nous puissions bien constater son existence. D'ailleurs, comme il est bien plus commun d'observer des convulsions avec une méningite évidente chez les enfants, que de rencontrer le contraire, la force de l'analogie doit nous conduire à admettre que, presque toujours, les convulsions

(1) *Des maladies des enfants*, 2 vol. in-8. Paris, an VII ; t. Ier, p. 155.

(2) *Traité des maladies des enfants*, traduit de l'anglais, 1 vol. in-8. Paris, 1786, p. 127.

(3) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*. Paris, in-8, 1837, p. 688.

(4) *Mémoire sur les causes des convulsions chez les enfants*. Paris, 1824.

des enfants, quels que soient leur forme et leur degré, qu'on les appelle éclampsie, contracture des membres, soubresauts, etc., sont dues à une méningite rachidienne ou cérébrale. Cette opinion a d'ailleurs été bien démontrée par M. Brachet (de Lyon). »

Cette manière d'envisager les convulsions, dont Ollivier (d'Angers) se fait le défenseur avec Billard, il la retrouve consignée et développée dans un mémoire intéressant (dit-il) de Dugès [1], dont je citerai avec lui les conclusions suivantes : « 1° L'éclampsie des enfants est une maladie particulière qui paraît due à une irritation idiopathique ou sympathique de l'encéphale...; 2° Tantôt elle se présente avec le type intermittent, par accès bien isolés, bien nets et épileptiformes..., etc. »

M. Barrier [2] ne partage point entièrement les opinions de Brachet, de Billard, et il fait jouer aux sympathies un rôle important dans la production des convulsions. «Dans les cas de convulsions sympathiques, dit-il, il y a toujours quelques perturbations ailleurs que dans les fonctions du système nerveux. On cherchera surtout à ne pas méconnaître l'influence de la dentition, des diacrises et des phlegmasies gastro-intestinales, des affections vermineuses, de l'indigestion, de la constipation et des flatuosités abdominales; celle de la pneumonie, de la coqueluche et autres maladies des organes thoraciques; celle enfin des fièvres exanthématiques, qui, à leur début et dans leur cours, se compliquent assez souvent d'accidents convulsifs. » M. Barrier s'appuyant, quelques lignes avant celles que nous venons de citer, sur le sentiment de M. Andral, s'écrie, avec cet éminent professeur : « Vouloir ici tout expliquer par une congestion encéphalique, c'est comme si l'on attribuait tout accès de colère à une congestion cérébrale, pendant que celle-ci n'en est que la conséquence. » (*Loc. cit.*, p. 263.)

Ne jouons donc pas sur les mots : la colère est le résultat d'une excitation particulière du système nerveux qui détermine avec la plus grande facilité une congestion sanguine vers le cerveau; congestion momentanée dans le plus grand nombre des cas, sans doute, mais qui n'en exige pas moins quelquefois l'emploi des émissions sanguines, puisqu'elle peut déterminer une congestion assez prolongée pour devenir mortelle, une hémorrhagie cérébrale suivie d'une hémiplégie. Eh bien, il en est de même des convulsions : les

(1) *De l'éclampsie des jeunes enfants comparée avec l'apoplexie et le tétanos.* (Mémoires de l'Académie de médecine, t. III, p. 305.)

(2) *Traité pratique des maladies de l'enfance.* Deuxième édition. Paris et Lyon, 2 vol. in-8, 1845, t. II, p. 278.

exemples, manquent-ils donc de convulsions mortelles au moment de l'invasion des fièvres éruptives? et cependant ce sont là des convulsions sympathiques que l'on voit assez souvent se calmer lorsque l'éruption se produit, et si la mort arrive, l'autopsie ne révèle rien. Mais c'est que la maladie, ainsi que je le disais plus haut avec Billard, n'a point eu le temps d'imprimer son cachet sur l'organe, qui a été pour un moment principalement atteint; mais c'est qu'il faut bien admettre des lésions du système nerveux, dont nous voyons les fatales conséquences sans que nous puissions réussir à retrouver, à l'aide du scalpel, les lésions matérielles auxquelles on puisse rapporter les symptômes qui se sont manifestés. Ainsi, M. Barrier cite l'observation (*loc. cit.*, p. 410) d'un enfant mort après avoir offert tous les symptômes d'une méningo-céphalite, et chez lequel l'autopsie n'a fait voir aucune lésion bien caractéristique dans le cerveau, mais pas plus que dans les autres organes, sinon un développement notable des plaques de Peyer, sans caractère qui annoncât que ce développement fût morbide. De telle sorte que la mort reste inexpliquée quant aux lésions anatomiques, mais facilement compréhensible quand on tient compte des lésions fonctionnelles, qui se sont manifestées pendant la durée de la maladie.

MM. Rilliet et Barthez (1), dont je regrette de ne point avoir l'excellent ouvrage sous les yeux, me paraissent se rapprocher des opinions de M. Barrier, quand ils s'expriment dans les termes suivants, que nous empruntons à la *Bibliothèque du médecin praticien* (t. VI, p. 251) : « Des médecins qui ne voient dans les convulsions qu'une congestion cérébrale ou une méningo-céphalite à son début, prescrivent les émissions sanguines dans toutes les formes de convulsions ; nous nous sommes déjà élevés contre cette pratique. »

Sans doute il y a des cas où la manifestation des convulsions n'entraîne pas la nécessité d'une émission sanguine ; il y en a même où elles sont une contre-indication : ne fût-ce que celles qui se produisent à la suite de pertes de sang très-abondantes, chez les anémiques. Mais nos deux auteurs en généralisent presque l'emploi quand ils disent qu'il faut y avoir recours : « 1° Lorsque la convulsion est primitive, l'enfant robuste, les symptômes convulsifs portés à un haut degré, la face violette, le pouls petit, l'asphyxie ou le coma imminent ; 2° lorsque la convulsion sympathique, offrant la même intensité, survient au début d'une inflammation... ; 3° enfin, on doit les mettre en usage, lorsque la convulsion sympathique

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 283.

se développe dans la convalescence d'une maladie aiguë, chez des sujets peu débilités, ou dans le cours d'une névrose. »

De tout ce qui précède je crois pouvoir conclure, pour le cas qui m'a inspiré cette note, qu'on n'eût pas dû s'arrêter à la forme en apparence intermittente affectée par la maladie, parce que souvent les affections inflammatoires du cerveau les mieux caractérisées affectent ce type ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer souvent, et ainsi que les auteurs qui ont écrit sur la méningite des enfants l'ont parfaitement signalé; et que, ne s'arrêtant point à cette forme insidieuse, on eût dû pratiquer une émission sanguine qui, si elle eût été faite hardiment et dans les conditions que je crois les plus favorables (1) pour qu'elle donne de bons résultats, eût procuré la guérison de l'enfant, ainsi qu'il est arrivé pour celui qui fait l'objet de l'observation suivante, que j'ai prise parmi un grand nombre d'autres patiemment recueillies.

Obs. II. Léon D***, issu de parents fortement constitués, mais conçu au milieu des événements si tristement émouvants de 1848, et où son père a joué comme garde national un rôle assez actif et périlleux, était venu au monde à sept mois de grossesse. Cependant, nourri par sa mère, qui réunit pour cette importante fonction les qualités les plus désirables, il était à cinq ou six mois aussi fort qu'un enfant venu à terme et bien constitué. Il était parvenu à l'âge d'un an, sans jamais avoir eu la moindre indisposition, mais aussi sans que le travail de la dentition fût seulement commencé. Le 24 juin (1849) au matin, il paraissait encore bien portant; mais il vomit son dîner qui, malheureusement, ne se composait pas seulement du lait de sa mère, et, depuis ce moment, il fut grognon, assoupi, et se laissa coucher sans difficulté, quoique l'heure de son repos ne fût point arrivée. Dans la nuit du 24 au 25, son sommeil fut agité; il se réveilla plusieurs fois, et à chaque fois il cria, pleura et eut encore un second vomissement et plusieurs nausées. Je fus appelé à six heures du matin, mais l'absence de tout symptôme un peu caractéristique, la bonne santé habituelle de l'enfant, me firent croire à une indigestion, et je conseillai une infusion de fleurs de tilleul.

Lorsque je revins deux heures après, la scène était bien changée.

(1) J'ai cette conviction profonde, que dans toutes les inflammations du cerveau ou de ses enveloppes ; que dans tous les cas où l'on peut seulement supposer qu'il existe une hypérhémie, même momentanée de cet organe, il faut : 1° tirer du sang (mais en tirer hardiment!) soit par la saignée, soit par les sangsues ; plutôt par ce dernier moyen ; 2° et qu'il importe de pratiquer l'émission sanguine loin du siége présumé de la congestion. C'est une double opinion que je me propose de développer dans un mémoire sur le *Traitement de la fièvre cérébrale*, dont j'ai depuis longtemps déjà rassemblé les matériaux.

Peu de temps après ma sortie, il s'était manifesté quelques légers mouvements convulsifs, qui allèrent en augmentant rapidement, et je trouvai la face, les membres, tout le corps même, agités de mouvements convulsifs violents ; les yeux convulsés sous la paupière supérieure, et qui ne laissaient voir que le blanc de la sclérotique, étaient animés de mouvements de va-et-vient et de rotation continuels ; le pouls donnait de 140 à 150 pulsations par minute, il était irrégulier, serré ; toute la chaleur du corps était augmentée, et le front était brûlant.

Il n'y avait évidemment pas de temps à perdre, car la mort pouvait arriver en moins de deux ou trois heures, ainsi que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer dans des cas semblables ou analogues. J'appliquai immédiatement trois sangsues dans l'intérieur de chaque cuisse, un peu au-dessus des genoux, et je fis placer sur le front des compresses épaisses et très-imbibées d'eau fraîche et vinaigrée. Quoique les sangsues eussent bien mordu, l'écoulement du sang fut faible après qu'elles furent tombées, et, bien loin que les convulsions se calmassent, elles avaient augmenté de violence, et ne laissaient plus à ce pauvre enfant un instant de répit. C'était vraiment un spectacle navrant, effrayant en même temps, et dont le dénoûment, plus navrant encore, ne pouvait plus se faire longtemps attendre.

Cependant le pouls n'était nullement affaibli, la chaleur était encore plus grande, surtout à la tête ; la face, très-animée toujours chez cet enfant, avait conservé toute sa coloration. Je n'hésitai pas, et j'appliquai moi-même au même lieu six nouvelles sangsues, aussi bien choisies que les premières. Après leur chute, les douze piqûres, car aucune sangsue n'avait manqué de prendre, furent recouvertes de larges cataplasmes de farine de lin très-humides, très-chauds et entre deux linges ; au moment même de l'application des sangsues, j'avais fait mettre de la glace sur la tête, et en même temps qu'on commençait à appliquer les cataplasmes aux cuisses, je fis entourer les jambes de sinapismes adoucis.

Le premier indice de détente qui se manifesta, ce fut l'écoulement du sang qui commença à avoir lieu aussi bien par les premières piqûres que par les secondes, et il ne tarda pas à être fort abondant. Rien ne fut vraiment plus curieux que le spectacle que nous offrit alors la marche de la maladie ; on voyait à chaque nouveau cataplasme, et on les changeait de demi-heure en demi-heure, les convulsions diminuer de violence, d'étendue ; et quand, à quatre heures de l'après-midi, M. le docteur Blache, qui avait été appelé en consultation, arriva, elles étaient presque entièrement dissipées et l'enfant commençait à revenir à la connaissance du monde extérieur qu'il avait entièrement perdue. Ce praticien distingué ne fut point effrayé de ce grand nombre de sangsues, de cet écoulement abondant de sang (car les piqûres saignaient toujours depuis midi) chez un enfant aussi jeune, mais vigoureusement constitué ; et il me dit cette phrase : « Eh bien ! vous avez sans doute ouvert un robinet, mais vous étiez là pour le fermer. » Dès ce moment, l'écoulement du sang continuant, mais se modérant, tous les accidents se dissipèrent, l'en-

fant reconnut bientôt sa mère, la femme qui en prenait soin en dehors d'elle, toutes les personnes qui l'entouraient. Il devint irritable, indocile. La tête se rafraîchissant, je revins aux compresses trempées dans l'eau fraîche, et je fis administrer une potion avec le calomel pour obtenir quelques évacuations doublement indiquées, puisque l'enfant n'avait point été à la garde-robe depuis vingt-quatre heures. La nuit, après une si terrible journée, fut cependant assez bonne, et le lendemain matin il ne restait plus de ce formidable ensemble de symptômes que de la fréquence dans le pouls, et une grande irritabilité, qui fut combattue par les grands bains dont Léon avait une grande habitude. Peu de temps après cette maladie, le travail de la dentition commença à s'établir, et il se continua sans que l'enfant éprouvât autre chose qu'un peu d'agitation et de toux, ce qui n'empêcha pas, la température surtout le permettant, de continuer l'usage des bains.

Le 8 mars 1853, le même enfant fut repris d'accidents analogues, mais cette fois bien moins violents, et qui cédèrent facilement à une application de six sangsues pratiquée au même endroit.

Un an après, Léon fut pris de petites *crises nerveuses* de très-courte durée, mais se renouvelant plusieurs fois dans une semaine, et que je considérais, sans toutefois m'en expliquer avec les parents que je craignais d'affliger trop tôt, comme étant de nature épileptique, mais sans doute liées au travail de la seconde dentition. J'institua un traitement qui m'est propre et que je ne tarderai pas à faire connaître ; il parut éloigner ces crises et les abréger encore. On consulta aussi M. Blache qui jugea sans doute la maladie comme moi, puisqu'il prescrivit l'oxyde de zinc. La maladie a, *je crois*, fini par céder. Je dis : je crois ; *car je fus quitté !* Acte d'une ingratitude incroyable, et auquel je ne devais guère m'attendre après les protestations de reconnaissance dont on m'avait accablé après la première et la seconde maladie qui avaient mis, la première surtout, la vie de cet enfant en si grand péril !

Mais laissons ces considérations professionnelles et revenons au but de cette note. Il en résulte bien évidemment que, dans la grande majorité des cas, les convulsions sont l'indice d'une affection du cerveau, qu'il faut énergiquement combattre par les émissions sanguines, et qu'on ne saurait jamais, sans commettre une grande imprudence, abandonner aux seules ressources de la nature, en ne lui opposant que l'expectation ou une médication insignifiante ; car alors on s'exposera à avoir des résultats aussi fâcheux que ceux que j'ai eu dernièrement l'occasion d'observer chez une jeune personne de la société, qui a succombé le cinquième jour d'une méningo-céphalite, caractérisée par du délire et des convulsions, et aux progrès de laquelle on n'a opposé que la belladone à la quinzième ou seizième dilution. Sans doute il eût pu se faire que les émissions sanguines, largement et convenablement pratiquées, ne

l'eussent point sauvée; mais du moins n'aurait-on point à se reprocher de ne point avoir tenté de l'arracher à la mort.

Dr A. LEGRAND.

BIBLIOGRAPHIE.

Des principales eaux minérales de l'Europe (FRANCE), par le docteur ARMAND ROTUREAU; ouvrage suivi de la législation sur les eaux minérales. 1 vol. in-8 de 945 pages. Paris, 1859, chez Victor Masson.

Le nouveau volume que M. Rotureau vient de faire paraître sur les eaux minérales de l'Europe forme la première partie de ce grand ouvrage, de cette espèce de trilogie que l'auteur a entreprise sur les eaux minérales, et dont la seconde partie, consacrée aux eaux minérales de l'Allemagne et de la Hongrie, a eu un grand et légitime succès. Depuis longtemps, les médecins étaient dans l'attente d'un livre de nature à fixer leurs incertitudes sur la valeur réelle et sur les applications sérieuses de ces eaux minérales de l'Allemagne dont la réputation grandissait aux dépens des établissements thermaux de France. Il importait par conséquent qu'un médecin instruit et sans passion allât recueillir sur les lieux les renseignements propres à éclairer les médecins sur le véritable état des choses. M. Rotureau a donc rendu un véritable service à la pratique en cherchant et en disant la vérité sur les eaux thermales de l'Allemagne, en nous instruisant sur ce qu'elles valent, et en signalant aussi leur côté faible et l'auréole d'exagération dont elles ont été entourées. C'est pour cela que nous aurions désiré voir M. Rotureau entreprendre et mener à bonne fin la même tâche pour les eaux minérales de la Suisse, de la Savoie, de la Sardaigne, du Piémont, de la Lombardo-Vénétie, de la Belgique, de l'Espagne et de l'Angleterre; c'est-à-dire exécuter la troisième partie de son ouvrage et réserver toutes ses forces pour l'exécution de la première, à un moment un peu plus éloigné où tant de questions à l'étude auraient pu trouver une solution.

M. Rotureau a eu sans doute de bonnes raisons pour nous donner aujourd'hui son volume sur les eaux minérales de la France; et du moment où cette étude si consciencieuse et si détaillée était arrivée à fin, nous ne pouvons que l'approuver de l'avoir publiée. Au milieu de ces nombreux ouvrages qui ont vu le jour sur les eaux minérales de la France, le livre de M. Rotureau se recommande en effet à toute l'attention des praticiens, par des qualités qu'on n'é-

pas habitué à rencontrer dans les ouvrages de ce genre; c'est une abondance de détails, c'est une discussion patiente et minutieuse qui fait voir que l'auteur a pris son œuvre au sérieux, et que tout en se rendant sur les lieux pour y recueillir des renseignements, et pour voir les choses par lui-même, il n'a pas accepté sans contrôle les assertions des intéressés, et surtout qu'il a cherché à tenir la balance égale entre les établissements rivaux qui se disputent la faveur publique. Quand on a lu un des chapitres de son livre, on est en droit de se dire suffisamment éclairé, et en état de trancher soi-même les questions souvent si épineuses que soulève l'envoi d'un malade aux eaux minérales.

Peut-être pourrait-on désirer l'auteur un peu plus sobre de détails relatifs à l'appropriation des établissements et de chaque source en particulier; peut-être pourrait-on trouver que certains établissements occupent dans ce livre une trop grande place, relativement à d'autres qui n'y sont mentionnés qu'en passant; mais, ainsi que nous l'apprend dans sa préface M. Rotureau, son livre n'a pas pour but de parler de toutes les eaux minérales de la France, mais seulement de celles qui méritent plus particulièrement l'intérêt. Nous comprenons parfaitement cette réponse; mais qu'il nous permette cependant de lui faire observer qu'en portant trop loin la rigueur d'un pareil critérium, on serait certainement amené à réduire bien plus qu'il ne l'a fait le nombre des eaux minérales importantes de la France. Il y a, en effet, quelque chose de relatif dans l'utilité d'un grand nombre d'établissements thermaux si susceptibles d'être remplacés sans inconvénients par d'autres; ils empruntent leur droit à être choisis à des particularités souvent tout à fait étrangères à la composition de l'eau minérale, à leur situation spéciale, par exemple, et en particulier à leur rapprochement de l'habitation du malade, à la température et au climat, aux conditions d'appropriation, et aussi au caractère, à l'activité, aux connaissances du médecin inspecteur qui y est attaché. Voilà pourquoi nous ne pouvons l'absoudre complétement, malgré sa profession de foi et la franchise de ses excuses, de ne nous avoir rien dit, ni des eaux d'Ax (Ariége), sur lesquelles Astrié a écrit une si remarquable étude; ni de Molitg, ni de La Malou, ni de Bagnols (Lozère), ni de Salins et de beaucoup d'autres qu'il serait trop long de citer. Nul doute que ces établissements ne puissent être remplacés par d'autres; mais leur importance dans la zone même où ils se trouvent placés les recommandait à l'attention d'un observateur aussi judicieux et aussi équitable que M. Rotureau.

Ce sont là au reste de légères taches qui n'ôtent pas au livre de M. Rotureau son vrai mérite, celui de parler en connaissance de cause de ce dont il parle, et de pouvoir éclairer par conséquent les médecins sur une des choses qu'ils savent et qu'ils peuvent savoir le moins, le choix d'une eau minérale à propos d'une maladie et d'un malade donné.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Remarques sur le traitement des fièvres intermittentes par les inhalations d'un prétendu éther quinique. — La médication antipériodique est-elle assez incertaine pour qu'on doive enregistrer tous les essais qui ont pour but d'augmenter nos ressources à l'égard du traitement des fièvres intermittentes ? Nous ne le pensons pas. En reproduisant les recherches des docteurs Wurzian et Groh, nous avons principalement pour but d'éclairer nos confrères sur la valeur de ces tentatives auxquelles la presse médicale française a donné un trop grand retentissement.

Avant de présenter quelques remarques critiques sur la composition du nouveau produit inventé par M. Manetti, nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs les parties de la note de M. Eissen qui ont trait à la préparation de ce prétendu éther quinique, à son mode d'administration.

Suivant M. Manetti, l'éther quinique est un liquide parfaitement limpide, incolore, d'une odeur agréable, moins volatil que l'éther sulfurique. Néanmoins il se volatilise encore assez rapidement à une température ordinaire sans laisser de résidu. Mêlé à de l'eau distillée, il produit, au moment du mélange, des vapeurs épaisses, d'une odeur pénétrante, mais non désagréable, qui ne se dissipent que lentement. Le liquide qui reste est entièrement clair et rougit très-légèrement le papier de tournesol.

La substance est le produit de la distillation du quinate de chaux, qui s'obtient subsidiairement pendant la préparation du sulfate de quinine, avec de l'acide sulfurique et de l'alcool d'une pesanteur spécifique de 1,184, dans la proportion de 1 livre de quinate de chaux, autant d'acide sulfurique et 44 onces d'alcool. On mêle lentement l'alcool et l'acide, pour que les liquides ne s'échauffent pas trop, puis on renferme le quinate de chaux dans une cornue tubulée assez grande pour contenir un peu au delà du double de tout le mélange, et on y verse peu à peu le mélange des deux liquides.

On tâche d'humecter complétement le quinate de chaux en remuant avec précaution; ensuite on distille sur un feu doux et au bain de sable jusqu'à ce que 20 onces de liquide aient passé dans le récipient. Ce liquide doit être distillé une seconde fois sur du chlorure de calcium pour le rendre anhydre.

Les docteurs Wurzian et Groh, médecins de l'armée autrichienne, ont expérimenté la médication spécifique avec cette nouvelle substance, en l'année 1853, à l'hôpital militaire Saint-Ambroise de Milan. Ils choisirent à cet effet six malades affectés de fièvre intermittente sur lesquels on n'avait encore employé aucun remède, et un septième qui avait été traité par la teinture de quinquina composée, mais sans succès constant.

On versait la quantité destinée à l'inhalation (de 1 à 3 grammes) sur une compresse pliée en forme de cornet et couvrant la bouche et le nez du malade, auquel on recommandait de faire de profondes inspirations. La plupart du temps on se bornait à commencer l'expérience avec la période de froid, et ce ne fut que pour quelques cas plus graves qu'on la répéta à de courts intervalles, et toujours avec la même dose, quelque temps avant l'accès.

Si les inhalations étaient faites pendant l'apyrexie, on ne remarquait aucun symptôme particulier, sauf une légère accélération du pouls et de la respiration; les malades les faisaient avec plaisir et n'éprouvaient ni envies de tousser ni aucun autre effet désagréable. Si, au contraire, les inhalations se faisaient au début de la période algide, elles déterminaient immédiatement un certain sentiment de bien-être, si bien qu'il serait difficile de trouver un fébrifuge plus agréable. Sauf un seul des malades soumis à cette médication, tous déclarèrent immédiatement que le frisson diminuait, et l'on vit tout l'accès s'amoindrir beaucoup, soit en durée, soit en intensité; on put même s'assurer que la tuméfaction de la rate se dissipait chez tous ceux qui en étaient affectés. Six cas sur les sept observés à Milan se terminèrent par une guérison prompte et radicale, et même chez le septième, où l'insuccès peut à bon droit être attribué à la dose insuffisante du remède et à l'imperfection de l'inhalation pendant l'apyrexie, on ne put méconnaître l'influence favorable de la méthode employée.

M. Eissen reproduit ensuite la traduction complète des six observations publiées par le Journal de Vienne à l'appui des conclusions ci-dessus. Il fait remarquer, en outre, que les expérimentateurs ont tenté des contre-épreuves, c'est-à-dire qu'ils ont soumis un certain nombre de fiévreux à des inhalations avec l'éther sulfurique

pur, puis additionné de sulfate de quinine. Ces inhalations n'auraient eu d'autre résultat : celles d'éther seul, que d'augmenter d'une manière insupportable la période de chaleur ; tandis que celles d'éther contenant du sulfate de quinine en solution auraient réussi à diminuer la fièvre et même à amener la guérison dans trois cas légers.

Ces résultats cliniques sont en contradiction avec ceux obtenus par les médecins français. Ainsi, M. le docteur Bonnafond vient de publier dans l'Union médicale (numéro du 2 août) une série de quinze observations de fièvres intermittentes traitées exclusivement par des inhalations de vapeurs, soit de chloroforme, soit d'éther sulfurique : dans tous les cas les malades ont guéri sous l'influence de cette médication. Mais c'est surtout de l'agent médicamenteux que nous devons nous occuper aujourd'hui, car, comme le pressent M. Eissen, la composition du nouvel éther n'est pas nettement définie, et le procédé indiqué par M. Manetti ne fournit pas toujours un produit identique ; aussi les conclusions pratiques formulées par les médecins de Milan demeurent-elles sans valeur.

Nous avons prié M. Faget, chef du laboratoire de la pharmacie centrale des pharmaciens, de vouloir bien nous préparer ce nouvel éther ; or, cet habile chimiste n'a pu constater dans le produit qu'il a obtenu aucune trace d'acide quinique. La liqueur ne lui a pas paru être différente de celle qu'on obtient par la distillation d'un mélange d'alcool et d'acide sulfurique. Jusqu'à preuve contraire, il faut donc admettre que le nouvel éther ne se peut obtenir par le procédé indiqué, et attribuer l'action du liquide expérimenté par MM. Wurzian et Groh aux propriétés quelque peu anésthésiques du produit de la distillation.

A l'appui de ce jugement sur la puissance anésthésique de ce prétendu éther quinique, nous citerons les faits suivants. Nous nous sommes procuré plusieurs moineaux, et, munis de notre échantillon d'éther quinique, nous nous sommes rendu dans le laboratoire de M. Duroy. Un premier moineau a été placé dans un bocal cubant deux litres d'air, et nous y avons versé un gramme d'éther sulfurique. Les effets en furent rapides, et au bout de deux minutes l'oiseau était si complétement anésthésié, que nous crûmes prudent de le retirer. Quoiqu'il continuât de respirer et qu'il eût ouvert les yeux après sa sortie du bocal, l'oiseau mourut une minute après. En même temps un second moineau de même force était introduit dans un bocal de mêmes dimensions dans lequel on avait versé un gramme d'éther quinique. Les effets furent tout autres : au bout de six

minutes, l'oiseau, qui s'était beaucoup agité, paraît titubant; il éprouve des nausées et ne tarde pas à vomir, puis à excréter des matières alvines. Après douze minutes il bat des ailes, puis s'affaisse, en proie à une anhélation assez grande. Après une demi-heure de séjour dans cette atmosphère, on le retire. Il ouvre aussitôt les yeux et rampe sur la table à l'aide du battement de ses ailes, car son train postérieur est complétement paralysé. On lui met le bec dans l'eau et il boit volontiers ; après quoi on l'abandonne dans un coin de sa cage. Deux heures après, on le trouve mort dans le lieu même où il avait été déposé. Il semble avoir succombé plutôt à une sorte d'intoxication alcoolique, qu'aux suites d'une inhalation anésthésique. Deux autres moineaux placés dans d'autres bocaux, contenant 2 et 4 grammes du même liquide, éprouvent le même sort, après avoir présenté les mêmes phénomènes. Retirés des bocaux au bout du même temps et respirant encore, tous les deux succombent immédiatement sans période convulsive. Placés dans l'air pur, ils semblent être alors privés d'un élément de stimulation qui entretenait leur respiration, phénomène inverse de ce que produisent les vapeurs anésthésiques.

Le nom d'*éther quinique* a séduit un grand nombre d'expérimentateurs; ils oubliaient que des essais thérapeutiques déjà anciens avaient prouvé que l'acide quinique ne jouit d'aucune puissance antipériodique. Ce qui a pu contribuer à les induire en erreur, c'est que dans un compte rendu du mouvement scientifique confié à un savant critique, M. Figuier, ce chimiste a dit que le nouvel éther contenait les éléments de la quinine. Il n'en est absolument rien. L'acide quinique et la quinine n'ont de commun que leur gisement. Dire que pour ce motif il existe un lien entre les deux produits, ce serait admettre que le soufre et le mercure sont des dérivés l'un de l'autre parce qu'ils constituent tous les deux le cinabre. Mais c'est trop insister sur ce point, car nous sommes convaincu qu'en relisant son article, l'auteur se sera aperçu de ce *lapsus calami ;* nous devions toutefois le signaler à nos lecteurs.

Expériences cliniques tentées a la Charité avec la poudre désinfectante de MM. Corne et Demeaux. — L'intérêt bien légitime qu'a soulevé la communication faite aux Académies par M. le professeur Velpeau, sur les applications de la poudre de plâtre et de coaltar, ou goudron de houille, nous engage à publier la note suivante que nous adresse un interne des plus distingués de nos hôpitaux, M. Fauvel fils.

Le hasard fait souvent découvrir ce que l'on cherchait depuis bien longtemps ! M. Corne voulait trouver une substance capable de désinfecter les matières fécales; ses nombreux essais avaient été ou infructueux ou incomplets. Il cherchait toujours ! un soir, ne sachant où déposer des détritus organiques en putréfaction, il les jeta dans une assiette contenant du coaltar dont on venait de se servir pour vernir son cabriolet. Le lendemain, quel fut son étonnement en retrouvant dépourvues de toute odeur ces mêmes matières, si infectes la veille. Ce fait étrange, que tout autre aurait probablement laissé passer inaperçu, le frappa, et lui fit pressentir que cette substance si longtemps désirée était le coaltar, le goudron de houille qui avait désinfecté d'une façon si complète les matières putrides avec lesquelles on l'avait mis en contact. Il ne s'agissait que de renouveler l'expérience, de la multiplier; ce qui fut fait, et le succès couronna chacune des tentatives.

Plus tard, M. Corne fit part de sa découverte à M. le docteur Demeaux, et, à partir de ce jour, commencèrent les essais dans le domaine médical. Les plaies les plus fétides, dues à la gangrène, au cancer, furent soumises à l'action de ce nouvel agent, et furent complétement désinfectées. Sûrs de l'efficacité de leur remède, MM. Corne et Demeaux arrivèrent à Paris pour obtenir la suprême sanction, et s'adressèrent à celui qui sait accueillir avec une si noble impartialité toutes les découvertes médicales, à l'illustre professeur de clinique chirurgicale de la Charité.

M. Velpeau leur confia immédiatement des malades atteints de plaies fétides, et les résultats obtenus répondirent aux promesses des inventeurs. On fit aussi des expériences à l'amphithéâtre d'autopsie : elles furent concluantes. Un poumon, un cœur, un foie, des muscles, un estomac qu'on avait exposés au soleil pendant toute une journée, et qui étaient en pleine putréfaction, furent roulés dans la poudre coaltarisée, et instantanément privés de cette odeur qui soulève le cœur des plus intrépides. (Depuis ce temps, chose bien remarquable ! nous sommes complétement débarrassés des mouches, qui voltigent toujours en si grand nombre dans nos amphithéâtres à cette époque de l'année ; pas une n'est apparue dans la salle; l'odeur du coaltar les éloigne à tout jamais, et nous avons par là même le bonheur de ne plus voir fourmiller leurs larves.)

Aussitôt donc que M. Velpeau eut acquis la preuve certaine de la propriété désinfectante de cette poudre, il fit une présentation à l'Institut et à l'Académie de médecine, et accorda ainsi à MM. Corne et Demeaux la récompense que méritait leur désintéressement. Ils

n'étaient point venus, rappelant un triste épisode, apporter un remède secret ; c'était au grand jour qu'ils opéraient, et leur secret était connu de tout le monde. Après nous avoir donné la composition de leur poudre, ils nous montraient qu'il suffisait, pour opérer le mélange des deux substances, de bien battre le plâtre avec une baguette, une spatule. Le coaltar ou goudron de houille, offrant la consistance de la mélasse, on en laisse couler la quantité voulue sur le plâtre, et, au bout de trois ou quatre minutes de battage, le plâtre resté pulvérulent est devenu gris et le coaltar est parfaitement divisé.

Pour panser les plaies avec cette poudre, on en projette directement sur la surface ulcérée qu'on recouvre ensuite d'une compresse, ou bien on y roule une boulette de charpie que l'on introduit au fond de la plaie à désinfecter.

Il est une seconde manière d'employer le remède : on ajoute à la poudre une certaine quantité d'huile d'olive, et on mêle jusqu'à ce que l'on obtienne la consistance d'une pommade, d'un onguent. Cette pommade est d'un vert noirâtre et s'étend facilement sur un linge ; on l'applique comme un cataplasme.

Nous ne citerons pas ici les cas très-nombreux dans lesquels l'onguent et la poudre au coaltar ont été employés à l'hôpital de la Charité; quelques exemples suffiront pour montrer que ce nouveau mode de pansement a donné les meilleurs résultats dans des affections de nature très-diverse.

Obs. I. Victorine Vincent, cinquante ans, domestique, entrée le 24 juin : squirrhe ulcéré du sein gauche, datant d'un an. M. Velpeau applique le 27 juin sur la plaie une petite couche de caustique noir sulfo-safrané. L'escarre tombe au bout de cinq semaines, et laisse voir une plaie sanieuse, dont l'odeur infecte est comparée par la malade à celle d'un fromage pourri, et qui à certains moments lui soulevait le cœur, dit-elle, au point de la faire vomir. On applique le pansement à la pommade de coaltar, et immédiatement l'odeur est enlevée. Ses voisines, qui étaient obligées de quitter leur lit pour se soustraire à ce foyer putride, ne se plaignent plus, et trouvent que toute trace de mauvaise odeur a disparu. On ne sent plus qu'une légère odeur bitumineuse, qui n'a rien de désagréable. La malade est ainsi pansée deux fois par jour avec le même bon résultat jusqu'au 18 août, époque à laquelle M. Velpeau fait une seconde application de caustique noir.

Obs. II. Marie Georgelin, vingt ans, entrée le 18 juillet : ulcère phagédénique siégeant à la partie inférieure du sein gauche dans la rainure sous-mammaire ; odeur fétide ; application de la poudre au coaltar ; disparition complète de l'odeur. La plaie, grande comme la paume de la main, lors de l'entrée de la malade, est aujourd'hui

en voie de cicatrisation, et n'offre plus que la largeur d'une pièce de 1 franc. Elle a été pansée deux fois par jour, tantôt avec la poudre, tantôt avec l'onguent.

Obs. III. Louise Massot, quarante-deux ans, domestique, entrée le 19 juillet : squirrhe pustuleux ayant envahi tout le sein gauche et l'aisselle. L'affection date de deux ans ; elle a été opérée déjà deux fois. De toutes les pustules qui composent ce squirrhe sort un liquide ichoreux, d'une odeur repoussante, qui trahit le cancer à distance. Aussitôt que la poudre au coaltar a été appliquée sur cette vaste plaie, l'odeur caractéristique a été enlevée et remplacée par celle du bitume. Les douleurs elles-mêmes, au dire de la malade, auraient disparu, mais ce sont là des affaires de coïncidence qu'il n'est pas utile de discuter ici. Le sommeil n'a plus été troublé par ces bouffées d'odeur empoisonnée, selon l'expression de cette malheureuse femme. Comme le squirrhe n'était plus opérable, que le coaltar avait clairement prouvé sa propriété désinfectante, M. Velpeau a fait évacuer cette malade sur la Salpêtrière, le 3 août.

Notons ici un grand avantage de la pommade au coaltar, c'est que le plâtre qu'elle contient, absorbant au fur et à mesure le pus fourni par la plaie, les linges à pansement ne sont plus traversés par ce pus, les draps restent propres et non imprégnés de l'odeur cancéreuse qu'y déposait le liquide purulent. Là, comme chez tous nos malades soumis au même traitement, on trouve le plâtre solidifié par le liquide qu'il a absorbé (1).

Obs. IV. Eugène David, vingt-cinq ans, maréchal ferrant, entré le 5 août : panaris sous-cutané de la deuxième phalange de l'annulaire droit, suite d'un durillon forcé ; pus fétide ; pansement au coaltar ; disparition de l'odeur ; guérison.

L'exemple suivant tendrait à prouver que le plâtre coaltarisé tarit quelquefois la suppuration un peu trop vite.

Obs. V. Jacob Crisinel, cinquante-neuf ans, marchand ambulant, entré le 15 juin : abcès symptomatique d'une carie du grand trochanter à droite ; le pus sort par deux ouvertures situées à la partie postérieure de la fesse et sent très-mauvais ; on applique, le 25 juillet, la pommade au coaltar ; la fétidité du pus disparaît, mais au bout de huit jours la suppuration est complétement arrêtée ; on cesse le coaltar pour reprendre les cataplasmes de graine de lin, et la suppuration se rétablit.

(1) Je me permettrai de faire une petite remarque à propos des plaies dont la suppuration est très-abondante : c'est que lorsque le plâtre est saturé, si je puis ainsi dire, le pus n'est plus absorbé et coule le long du pansement pour aller fuser plus bas, et manifester alors toute sa mauvaise odeur. Il suffit, pour remédier à cet inconvénient, de renouveler le pansement un peu plus souvent, d'en faire trois par jour au lieu d'un.

Obs. VI. Arsène Deruelle, dix-neuf ans, bitumier, entré le 23 juillet. Chez ce malade, ainsi que le disait M. Velpeau, le 25 juillet, à l'Académie des sciences, il est survenu une mortification presque complète du petit doigt de la main droite, écrasé quelques jours auparavant par une chaudière ; ce doigt, en putréfaction complète, répandait une odeur infecte ; on l'a pansé matin et soir avec la poudre ; il s'est momifié ; il est devenu noir, sec et dur comme un morceau de bois et tout à fait dépourvu d'odeur. Le travail de mortification s'étant bien limité, l'amputation est faite le 26 au matin, et la plaie, résultant de l'opération, pansée avec l'onguent au coaltar ; la cicatrisation s'est faite sans odeur et avec rapidité, et le malade est sorti guéri le 10 août.

Obs. VII. Christophe Linkaël, palefrenier, entré le 9 août. Cinq jours auparavant, étant à cheval, il eut la jambe droite froissée par une roue de voiture, au niveau de la malléole externe. Il continua de travailler pendant deux jours; mais, le 6 août, il fut obligé de garder le repos, à cause de douleurs vives qu'il ressentait le long de la jambe. On constate à son entrée, le 9 août, une plaie contuse ayant l'apparence d'une brûlure au troisième degré, avec escarres limitées ; elles se détachent les jours suivants et laissent entre elles une peau décollée soulevée par du pus ; incision, écoulement de pus sanieux et fétide. Pansement à l'onguent de coaltar matin et soir; l'odeur a complétement disparu ; la peau s'est recollée, des bourgeons charnus apparaissent à la place des escarres ; le malade ne souffre plus et paraît en pleine voie de guérison.

Ainsi, chez tous nos malades, le coaltar a triomphé de la mauvaise odeur des sécrétions.

On aurait pu craindre, *à priori*, que cette poudre, mise en contact direct avec les plaies, ne les irritât et n'entravât leur cicatrisation. Loin de là, comme le prouvent toutes les expériences faites dans le service de M. Velpeau, le travail de réparation, de détersion s'est rapidement et parfaitement accompli.

C'est donc aujourd'hui un fait bien acquis à la thérapeutique que le coaltar ou goudron de houille, uni au sulfate de chaux ou plâtre, dans la proportion de 1 à 3 pour 100, forme une poudre désinfectante et dont l'action n'entrave en rien la guérison des plaies, abcès ou ulcères sur lesquels elle est appliquée.

Si nous ne guérissons pas toujours nos malades, estimons-nous heureux d'avoir un nouveau moyen de les soulager. Nous pouvons maintenant débarrasser les malheureux atteints de cancer de cette odeur qui les rend à charge à eux-mêmes et à ceux qui les entourent ; nous pouvons enlever aux suppurations fétides leur mauvaise odeur.

MM. Corne et Demeaux ont donc rendu un service signalé à la pratique médicale.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anévrysmes poplités. *Danger de leur traitement par la flexion forcée du genou.* Il n'importe pas moins de signaler les dangers d'une méthode que de mettre en relief les faits qui lui sont favorables.—Nous avons reproduit récemment une observation d'anévrysme poplité d'un petit volume, guéri par la flexion forcée du genou; voici maintenant deux faits qui témoignent que cette méthode n'est pas applicable au traitement de ces lésions lorsqu'elles ont acquis un certain volume. Le premier fait est cité par M. Moore : l'anévrysme était considérable et, sous l'influence de la flexion forcée, la tumeur s'ouvrit dans l'articulation; heureusement ce chirurgien parvint à sauver son malade par la ligature de l'artère fémorale. Le second fait est relatif à un homme de trente ans, traité de la même manière par M. Paget. La tumeur datait de cinq semaines, mais elle était d'un volume assez considérable; sous l'influence de la flexion forcée du genou, l'anévrysme augmenta rapidement et devint douloureux : le tissu cellulaire s'infiltra. M. Paget, craignant que l'anévrysme ne fût rompu, se décida à pratiquer la ligature de l'artère fémorale. Les suites immédiates de l'opération furent très-favorables. (*Med. Times* and *Gaz.* et *Arch. de méd.*, août.)

Belladone. *Doses auxquelles on peut l'administrer.* L'un des praticiens et des auteurs thérapeutistes les plus familiarisés avec l'étude de la belladone, M. le docteur Debreyne, a dit qu'on n'élevait jamais assez les doses de ce médicament, et que, pour en obtenir les effets voulus, il ne fallait jamais l'abandonner qu'après avoir obtenu ses effets physiologiques. Voici quelques faits qui viennent à l'appui de cette proposition et qui démontrent, en outre, qu'on peut donner aux enfants des quantités de belladone comparativement plus fortes qu'aux adultes.

Habitué à ordonner 5 centigrammes d'extrait de cette substance, M. Fuller voulut un jour doubler la dose, chez des enfants âgés de cinq à sept ans. Par erreur, on leur fit prendre 2 décigrammes dans les vingt-quatre heures. Mais, à part des vomissements, de la diarrhée chez quelques-uns, et le délire caractéristique, aucun accident fâcheux ne se manifesta ; et, par le seul effet de la suspension du remède, l'intoxication avait cessé dès le jour suivant, et la santé était complétement rétablie.

De ces observations, ainsi que de plusieurs faits analogues, M. Fuller tire la conséquence qu'on peut, à peu près impunément, porter les doses de la belladone, chez les enfants, beaucoup plus haut qu'on n'est habitué à croire prudent de le faire; si donc elle cause déjà, à petites doses, un tel soulagement dans les affections convulsives, la chorée, la coqueluche, etc., quel bien n'opérerait-elle pas, dit-il, administrée plus hardiment ? M. Fuller a, en outre, constaté expérimentalement que la belladone passe rapidement et en très-grande partie par les urines et les selles.

Un malade de la salle Rose-Berry, à l'hôpital Saint-Georges, prenait par jour 64 grains d'extrait de belladone. La première urine qu'il évacua (90 grammes) contenait une quantité d'atropine telle qu'elle suffit pour tuer deux souris et en narcotiser plusieurs autres. La deuxième urine (60 grammes) suffit pour dilater la pupille d'un chat, pour laisser déposer de magnifiques cristaux filamenteux d'atropine, et pour donner les réactions de l'atropine avec l'eau iodée, l'acide tannique, le chlorure d'or et l'acide sulfurique, le bichromate de potasse. Les fèces analysées contenaient aussi de l'atropine en abondance.

Tenant compte de ces derniers résultats, ainsi que de l'efficacité manifeste de la belladone contre l'incontinence d'urine et la spermatorrhée, l'auteur se demande si l'action curative du remède, en pareil cas, n'est pas due à un effet topique, d'où résulterait l'indication de l'appliquer localement sur la région malade ? (*Roy. med. and chirurg. Society* et *Union med.*, août 1859.)

Charpie carbonifère. *Son emploi dans la désinfection des plaies.* Pendant que l'attention est fixée sur la désinfection des plaies et qu'on expérimente dans les hôpitaux de Paris un nouveau moyen désinfectant dont les tribunes académiques et la presse médicale ont retenti plusieurs fois depuis quelque temps, on ne lira pas sans quelque intérêt les lignes sui-

vantes communiquées au *Moniteur des hôpitaux* par M. Paul Villaux, interne à l'hôpital Cochin, et relatives à un procédé de désinfection imaginé depuis longtemps déjà par MM. Malapert et Pichot, de Poitiers. Ce procédé, qui consiste à se servir, pour le pansement des plaies infectes et de mauvaise nature, d'une *charpie carbonifère*, a été essayé à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dolbeau, suppléant actuellement M. le professeur Gosselin.

Le sujet sur lequel le premier essaia été fait est une femme atteinte d'un cancer ulcéré et inopérable du sein gauche. Elle est entrée le 23 juillet à l'hôpital. La plaie répandait une odeur tellement nauséabonde que la salle en était infectée. La malade en était elle-même considérablement gênée. La charpie carbonifère a été appliquée directement sur la plaie le 25. Depuis ce moment l'odeur a complétement disparu. L'application de cet agent est d'ailleurs extrêmement facile. (*Moniteur des Hôpitaux*, août 1859.)

Coca (*Sur les propriétés hygiéniques et médicales de la*). La coca est composée de feuilles desséchées de l'*erithroxylum coca* qui croît, en grande abondance, dans les Andes du Pérou, à Bolivia, etc. Les habitants de l'Amérique méridionale la mâchent en grande quantité, et c'est un des articles importants de l'industrie de ces contrées. C'est peut-être à cause de cet usage si général que la coca n'est pas importée en Europe; M. Montegazza croit que c'est à tort, et il attribue à cette substance des propriétés thérapeutiques énergiques. Ses propriétés physiologiques seraient les suivantes : elle stimule l'estomac et facilite la digestion; à fortes doses elle augmente la chaleur animale et accélère le pouls et la respiration, elle produit une légère constipation; à faibles doses (de 2 à 8 grammes) elle stimule le système nerveux et rend l'organisme capable de résister longtemps à la fatigue; à doses plus élevées, elle produit des hallucinations et le délire; elle engendre ainsi les rêves (*fantasmagoria*) les plus agréables, sans que l'énergie nerveuse reste déprimée consécutivement. Enfin elle diminue probablement quelques sécrétions.

Par son action à la fois calmante et stimulante sur l'estomac, la coca est indiquée dans les mêmes affections de ce viscère que le colombo. Elle rend des services comme antispasmodique dans un grand nombre de maladies nerveuses, et elle est surtout utile dans la spermatorrhée et dans la débilité des fonctions génératrices. On emploie les feuilles de coca en infusion ou en teinture. (*British and foreign med. ch. Review*, et *Arch. de méd.*, août.)

Cornée (*Nébulums de la*). *Leur traitement par le laudanum de Sydenham.* Ce n'est pas un moyen nouveau que nous prétendons faire connaître; tout le monde connaît les bons effets du laudanum dans le traitement des nébulosités de la cornée, surtout depuis que le professeur Quadri, de Naples, a appelé d'une manière particulière l'attention des praticiens sur l'usage de ce moyen. Mais ce qui nous engage à en parler aujourd'hui, c'est d'une part parce que ce moyen nous paraît généralement trop négligé, et d'autre part parce que lorsqu'on y a recours, on ne l'emploie presque jamais avec assez de persistance pour en obtenir les bons effets qu'il peut donner. Voici, d'après M. le docteur Caffe, qui a appris dans le temps à manier cette médication à la clinique ophthalmologique de l'éminent professeur de l'Université de Naples, et dont tout le monde connaît d'ailleurs l'excellent esprit pratique et l'expérience spéciale en ophthalmologie, dans quelles circonstances et comment il convient d'employer ce moyen.

M. Caffe dit avoir obtenu, à l'exemple de son maître, des succès nombreux par l'emploi du laudanum méthodiquement appliqué sur la cornée; mais il déclare que ces succès n'ont eu lieu que lorsqu'il s'agissait de détruire des nuages ou nébulums qui ne compromettaient que les lames superficielles de la cornée. Ce moyen même était insuffisant si l'on avait affaire à une taie nacrée occupant toute l'épaisseur de la cornée, même sur un point seulement de cette membrane normalement diaphane. Pour rendre cette application plus tolérable et plus efficace, M. Caffe commence par étendre le laudanum de deux tiers d'eau distillée, et ce n'est que graduellement qu'on l'emploie à l'état de pureté. Il faut renouveler cette application jusqu'à trois et quatre fois en vingt-quatre heures. Son mode d'action consiste à déterminer une légère irritation suivie de résorption, mais en même temps il faut proscrire tout collyre émollient ou astringent. Des vues affaiblies par diminution de la transparence des mi-

roirs de l'œil, comme cela arrive chez beaucoup de vieillards, ajoute M. Caffe, se trouvent améliorées par le badigeonnage des régions fronto-orbitaires avec du laudanum que l'on laisse déposer sur ces régions pendant toute la nuit et en renouvelant ce moyen pendant deux mois environ. (*Journ. des Connaiss. médic.*, juillet 1859.)

Ellébores (*Recherches sur la composition et l'action des*). Les quatre espèces étudiées par M. Schroff sont les suivantes : *helleborus niger*, *viridis*, *orientalis*, *fœtidus*. La première est la seule admise par notre Codex. Relativement à cette espèce, l'auteur déduit de ses expériences, soit sur les lapins, soit sur l'homme sain et malade, que : la racine de l'ellébore noir ne renferme aucun principe volatil ; ce qui le prouve, c'est que la racine fraîche n'est pas plus active que celle desséchée. Cette racine est peu active; de 2 à 8 grammes de racine fraîche, de à 2 4 grammes de la racine desséchée sont parfaitement supportés par des lapins; il en est de même de l'extrait aqueux ou éthéré, à la dose de 1 à 4 grammes. L'extrait alcoolique de la racine recueillie au mois de mai est le plus actif. Chez l'homme, les extraits aqueux (de 0gr,25 à 1gr,50), alcoolique et éthéré (de 0gr, 25 à 0gr,75), ne produisent pas d'effets remarquables. Les feuilles ne sont pas plus actives que la racine.

Les effets de l'ellébore se cumulent manifestement : en employant des doses progressivement croissantes chez les lapins, on observe un amaigrissement de plus en plus prononcé ; malgré la conservation de l'appétit, la mort ne tarde pas à survenir. Chez les malades auxquels M. Schroff a fait prendre les divers extraits, il n'a remarqué aucun effet dans les premiers jours; mais leur action ne tarda pas à se manifester et à s'accroître après chaque nouvelle dose. A cet égard donc, l'ellébore noir présente de l'analogie avec la digitale, le colchique, la strychnine, etc.

Les effets physiologiques de l'ellébore doivent être rapportés à deux principes : l'un narcotique, l'autre âcre. Les phénomènes de pesanteurs de tête, vertiges, bourdonnements et tintements d'oreilles, dilatation des pupilles, sommeil lourd ou agité par des rêves, ralentissement du pouls, lassitude, anxiété, etc., sont rapportés à un principe narcotique. L'autre série de symptômes paraît être sous l'influence d'un principe âcre ; parfois augmentation de la sécrétion salivaire et urinaire, vomissements, douleurs stomacales et intestinales, diarrhée, qui est cependant un phénomène exceptionnel. Jamais M. Schroff n'a été témoin des effets drastiques admis par la plupart des auteurs.

Dans les cas où l'ellébore entraîne la mort, celle-ci paraît être due à la paralysie du cœur, que l'on peut rapporter à l'action des principes actifs de la plante sur le système nerveux ganglionnaire par l'intermédiaire du sang. L'auteur a remarqué que l'excitabilité du cœur, de l'estomac et de l'intestin grêle, s'éteignait très-rapidement après la mort.

Dans aucun cas l'ellébore n'a produit, comme on l'admet en général, une inflammation gastro-intestinale. Lorsque la mort était la suite d'un empoisonnement chronique, l'estomac et les intestins étaient même le siége d'une anémie remarquable ; et dans les cas d'intoxication aiguë, ces viscères ne présentaient jamais les caractères anatomiques de l'inflammation.

L'extrait aqueux est moins actif que l'extrait alcoolique ; il contient surtout le principe narcotique, tandis que le principe âcre domine dans l'extrait alcoolique.

Les propriétés des ellébores vert et oriental ne diffèrent guère de celles de l'ellébore noir que par une intensité d'action beaucoup supérieure. L'ellébore oriental est moins énergique que les deux premiers et plus actif que le dernier ; ainsi l'ellébore noir seul admis par le Codex est donc l'espèce la moins énergique, et ses effets suffisent cependant pour effrayer les thérapeutistes modernes. (*Prayer Vierteljahr.* et *Arch. de méd.*, août.)

Intoxication alcoolique *chronique. Nouveau traitement par l'oxyde de zinc.* M. Marcet, médecin de l'hôpital de Wesminster, annonce que l'oxyde de zinc exerce une action des plus favorables sur les symptômes nerveux de l'alcoolisme chronique. Ses expériences ont été tentées sur vingt-sept malades. Il prescrit le sel de zinc en poudre, à la dose de 10 centigrammes, deux fois par jour, une heure après les repas, et il l'augmente généralement de 10 centigrammes tous les trois jours, jusqu'à ce que le malade prenne 30 ou 40 centigrammes d'oxyde chaque jour.

Sous l'influence de ce traitement, il a vu des malades recouvrer le sommeil, le tremblement du tronc et des

extrémités cesser, ainsi que la céphalalgie, et les hallucinations, etc. et la guérison était généralement assurée après trois à six semaines. Un des symptômes dont il était généralement très-difficile de triompher, c'était la grande faiblesse dont les malades se plaignaient presque toujours, et qui persiste souvent longtemps après la disparition des autres troubles.

M. Marcet a remarqué que l'alcoolisme chronique s'accompagnait souvent de bronchite et de rhumatisme; dans les cas de ce genre, les effets de l'oxyde de zinc étaient moins prononcés, et plus d'une fois les symptômes nerveux cédèrent sans que l'affection intercurrente eût été modifiée. Au moment où l'auteur publiait le résultat de ses expériences, elles lui avaient donné les chiffres suivants : 6 malades restaient en traitement, 15 étaient sortis guéris; chez 4 on n'avait obtenu qu'une amélioration plus ou moins prononcée; 2 malades aussi cessèrent de suivre le traitement après une ou deux visites. (*Lancet* et *Arch. de médecine*, août.)

Ivrognerie (*Traitement de l'*). Sous ce titre défectueux, car ce ne saurait être le vice de l'ivrognerie que l'on aurait la prétention de traiter par des remèdes, mais tout au plus le fait actuel de l'ivresse et ses conséquences sur l'organisme, nous trouvons dans un recueil d'outre-Rhin quelques-unes des formules qui paraissent le plus usitées en Allemagne pour combattre l'ivresse. Hufeland avait recommandé l'emploi à haute dose d'extraits amers avec de l'acide sulfurique étendu. Mais ce moyen, outre qu'il paraît manquer assez souvent son effet, ne peut être employé qu'avec la bonne volonté de l'ivrogne. De Valenti a préconisé un mélange de : teinture d'opium, 1 partie, et teinture aromatique acide, 8 parties, à donner toutes les deux heures, de 60 à 80 gouttes dans de l'eau-de-vie ou du vin. Ce moyen a été jugé plus efficace que le précédent, et il est mieux supporté; mais les ivrognes exigent de hautes doses d'opium, et encore ne suffisent-elles pas même dans les cas graves et invétérés. Enfin, M. Burdach donne dans ce cas du sulfate de zinc avec moitié ou parties égales de poudre de racine d'ellébore blanc et d'amidon dans un mélange alcoolique, que les individus prennent même sans s'en douter. Il faut prescrire les doses de manière à produire des nausées fortes et continues, avec vomissement. Dans la convalescence, il est important d'éviter les occasions de rechute. (*Allg. med. centr. Zeit.*, et *Union méd.*, août 1859.)

Spina-bifida (*Guérison d'un*) *par des applications de collodion.* Dans l'examen des ressources de la thérapeutique pour le traitement du spina, en présence des faits de guérison obtenus par la compression, nous avons cru pouvoir mettre en relief les services que pourraient rendre les applications du collodion, au moins comme médication secondaire. Le fait suivant montre que, dans quelques cas, ce moyen peut réussir à lui seul. Il s'agit d'un enfant de sept semaines, robuste, portant un spina à la région lombaire. La tumeur avait le volume d'une petite orange; elle était arrondie et non pédiculée, facilement réductible; la peau qui la recouvrait était mince, transparente, d'un rouge pâle. Lorsqu'on réduisait le liquide, l'enfant souffrait et grimaçait : on sentait alors l'ouverture de communication avec le canal vertébral. Le 2 juillet, M. Behrend recouvrit toute la tumeur d'une couche de collodion riciné (collodion 2, huile de ricin 1). Quand la pellicule fut bien formée, le tout fut recouvert de coton et d'un emplâtre adhésif. Le lendemain, la tumeur semblait avoir diminué un peu; application de collodion avec un quart d'huile de ricin. Le 7, le volume de la tumeur était considérablement réduit; on appliqua alors du collodion pur. A partir du 8, on se contenta de maintenir sur la poche, qui était déjà très-petite, une lame de caoutchouc fixée à l'aide d'une bande. Au bout de trois semaines, la tumeur avait disparu et la peau épaisse et résistante était tendue au-devant de la division du canal vertébral. M. Behrend revit l'enfant le 12 octobre, la cure se maintenait. Il faut ajouter que, pendant toute la durée du traitement, l'enfant ayant présenté des symptômes de compression encéphalique, on lui fit prendre du calomel, qui a peut-être pu contribuer à la guérison de l'hydro-rachis. (*Journ. für Kinderkr.* et *Arch. de méd.*, août.)

Vomissements *liés à un catarrhe de l'estomac, emploi de l'amidon.* Une femme hystérique était en proie, depuis 1855, à des vomissements qui avaient résisté aux traitements les plus plus variés; en septembre 1856, lorsqu'elle s'adressa à M. Lehmann, elle

vomissait tous les aliments, de cinq minutes à deux heures après chaque repas, mêlés à un liquide blanc, écumeux, acide. Des essais de nourriture exclusive : lait, viande, mucilages, n'ayant amené aucun amendement, l'auteur se basant sur le fait que l'amidon n'est pas digéré par l'estomac, mais bien dans le duodénum, après avoir subi l'action du suc pancréatique, fit prendre à la malade trois légers repas d'amidon cuit à l'eau. Ceux-ci étant assez bien conservés, le sixième jour il fit apprêter l'amidon au lait; le neuvième il y fit ajouter un jaune d'œuf; le douzième on substitua des pommes de terre triturées avec grand soin. Au bout de trois semaines la malade put prendre un peu de pain blanc, et au bout d'un mois elle digéra un peu de viande. Dix mois plus tard la guérison persistait; il va sans dire que, pendant les premiers temps, il y eut parfois un vomissement, mais jamais immédiatement après le repas. (*Allg. med. cent. Zeit.* et *Écho médical*, août.)

VARIÉTÉS.

LE MICROSCOPE.

CE QU'IL A PROMIS; — CE QU'IL A DONNÉ.

Par le docteur T. Gallard, médecin des hôpitaux de Paris,
secrétaire de la Société anatomique.

(Extrait du compte rendu des travaux de la Société anatomique.)

Il est un moyen d'investigation qui devait nécessairement venir en aide aux recherches anatomo-pathologiques; c'est le microscope, et, certes, on n'accusera pas les savants modernes, moins encore que les autres ceux qui font partie de la Société anatomique, d'avoir négligé son emploi ; bien au contraire, on pourrait plutôt nous accuser de lui avoir fait une part trop belle et trop large dans nos études. N'avons-nous pas, en effet, demandé à cet instrument plus qu'il ne pouvait nous donner, quand nous nous sommes laissés aller à penser qu'il nous suffirait pour trancher toutes les difficultés et arriver à la solution des problèmes pathologiques les plus compliqués et les plus ardus ? — Et les micrographes ne se sont-ils pas trop aventureusement exposés à de pénibles mécomptes, quand ils ont prétendu soumettre les faits cliniques à l'empire de lois qu'il leur avait plu de tracer, un peu légèrement sans doute, comme découlant nécessairement de leurs investigations histologiques? — Si nous voulons apprécier, à leur juste valeur, toutes ces prétentions, et nous rendre compte du degré d'utilité réelle de ce moyen d'investigation, sans partager l'engouement qu'il a inspiré, tout aussi bien que sans vouloir nier systématiquement les services qu'il a déjà rendus et qu'il est appelé à rendre, il importe de bien préciser d'abord ce que le microscope promettait, en le comparant avec ce qu'il a donné. Pour cela, il nous suffira de feuilleter vos bulletins de ces dix dernières années et de vous rappeler quelques passages extraits des comptes rendus de mes prédécesseurs. Je n'ai pas besoin d'ajouter que si, à leur exemple, je m'inspire aujourd'hui des discussions qui ont eu lieu devant vous, mes appréciations, pas plus que celles de mes devanciers, ne peuvent engager la Société anatomique qui n'a jamais été appelée à se prononcer, par un vote formel, sur les questions en litige.

Dès 1850, avec cet aplomb imperturbable qui ne doute de rien et dont si peu de personnes ont le secret, on établissait devant la Société qu'il existe une es-

pèce de tumeur ressemblant beaucoup au cancer, mais dont la structure est si différente que « le microscope établit la distinction d'une manière irrécusable; quoique parmi ces tumeurs il n'y en ait aucune qui n'eût passé pour cancéreuse il y a quelques années, il n'en est aucune peut-être qui ne fût encore confondue avec le cancer par les hommes qui négligent les recherches histologiques. » (Bulletin de la Société anatomique, 1850, p. 427-428.) Mais elles en diffèrent notablement, car « les tumeurs ne constituent qu'un *accident complètement local*; quel que soit leur volume, *jamais* elles n'envahissent les parties environnantes; *jamais* elles n'infectent l'économie; *jamais* elles ne se transmettent par hérédité; *jamais* elles ne se reproduisent ailleurs; quel que soit le nombre des récidives assez rares, le mal est *toujours local* et guérit tôt ou tard par une dernière opération. » —Et à une déclaration aussi claire, aussi nette, aussi précise, aussi péremptoire, on ajoutait, comme pour lever toutes les hésitations, s'il en pouvait rester dans quelques esprits: « Ces conséquences peuvent se déduire de la seule inspection anatomique. Elles sont d'une rigueur absolue. L'étude clinique est venue démontrer qu'elles sont exactes. » (Bulletin, 1850, p. 55.) — Ainsi, il n'y a pas à en douter, on vous l'a dit et on vous l'a répété les années suivantes, il ne s'agissait pour le microscope de rien moins que de faire une révolution dans la science en « séparant du vrai cancer plusieurs affections dont la marche et le pronostic sont différents, » puisque, « en ayant recours aux caractères tranchés des cellules cancéreuses, on peut, à l'aide de ce signe, reconnaître un tissu morbide dont l'histoire clinique diffère autant que la structure des autres éléments pathologiques. » (Bulletin, 1851, p. 474-475.) — En effet, « le stroma, l'enveloppe, le véhicule, pour ainsi dire, du cancer peut changer beaucoup, offrir une ressemblance parfaite avec d'autres productions non carcinomateuses, présenter par conséquent les mêmes caractères physiques et embarrasser le médecin s'il n'a pas recours à l'étude microscopique qui devient alors un puissant secours pour la pathologie et la thérapeutique. » (Bulletin, 1851, p. 480.)

Il est donc bien avéré que le microscope, et le microscope seul, était capable de nous faire distinguer sûrement les tumeurs aptes à récidiver, à repulluler, à infecter l'économie, d'avec celles qui sont purement locales. Il suffisait qu'une tumeur renfermât un élément histologique particulier, une cellule d'une forme spéciale, pour être déclarée infectieuse; sinon la tumeur, privée de cet élément spécifique, ne devait et ne pouvait être qu'un accident tout à fait insignifiant, incapable de réagir en aucune façon sur le reste de l'économie; car « l'infection appartient *exclusivement*, vous disait-on, aux productions hétéromorphes. Seules elles sont composées d'éléments étrangers susceptibles d'introduire dans le torrent circulatoire des produits hétérogènes qui vont se répandre dans toute l'économie, et qui peuvent par conséquent devenir la source d'un empoisonnement. Cette proposition cependant n'a pas passé, ajoutait-on, sans rencontrer bien des contradictions, et bien des chirurgiens voient encore dans les tumeurs fibro-plastiques, par exemple, des productions qui sous tous les rapports se comportent comme le cancer. *Notre société s'est des premières et* UNANIMEMENT *élevée contre une semblable assertion.* » (Bulletin, 1852, p. 679.)

Et si, en dépit de toutes les hypothèses amoncelées précédemment, il arrivait qu'on vous présentât des exemples d'infection due à des produits homœomorphes, on s'efforçait de vous expliquer cette contradiction, que l'on croyait plus apparente que réelle, en vous disant: « Les adversaires des idées nouvelles, forcés d'admettre enfin la distinction histologique établie ici entre le

cancroïde et le cancer, ont tiré grand parti de ces engorgements ganglionnaires. L'engorgement ganglionnaire qui accompagne si souvent le cancer se montre aussi, quoique plus rarement, dans les tumeurs épithéliales : mais il y a toujours entre les deux lésions cette différence capitale que si le cancroïde envahit, détruit les parties voisines, comme le cancer, *il ne produit jamais la maladie générale*, l'infection qui entraîne la formation des dépôts morbides dans les points éloignés de l'économie. » (Bulletin, 1853, p. 532.)

Cependant l'erreur ne pouvait s'éterniser et il devait arriver un moment où les assertions si absolues que nous venons d'entendre formuler devaient faire place à des doutes ; car on ne pouvait tarder à s'apercevoir que « les tumeurs épithéliales repullulent avec une opiniâtreté désespérante. » (Bulletin, 1854, p. 485.)

Malgré tout on n'osait pas encore revenir sur ce qui semblait si irrévocablement admis et on se contentait de poser la question en ces termes : « Mais peuvent-elles se généraliser ? Peuvent-elles en récidivant renfermer des cellules cancéreuses lorsqu'elles n'en ont pas présenté tout d'abord ? » car « si l'on a pu dire qu'elles (les tumeurs fibro-plastiques) étaient locales, qu'elles repullulaient sur place, il ne manque pas d'exemples maintenant où de semblables tumeurs se sont généralisées. » (Bulletin, 1854, p. 485 et 486.) Et, par une transition insensible, on en venait à avouer que : « La malignité ou la bénignité des produits accidentels n'est pas nécessairement liée à leur structure, » (Bulletin, 1855, p. 613) aveu qui renverse d'un coup toutes les lois qu'on s'était si laborieusement efforcé d'établir antérieurement. C'est qu'il n'y avait plus moyen de défendre ces idées nouvelles, qui avaient eu tant de retentissement et qu'on avait admises avec tant d'engouement, les années précédentes. Comme les individus isolés, les sociétés ont leurs heures de défaillance, d'entraînement, et il est rare qu'elles aient le courage de savoir revenir assez à temps de leurs erreurs, car il se trouve toujours parmi elles des hommes qui tiennent assez à ces erreurs, pour considérer comme des personnalités toutes les attaques dirigées contre leurs opinions [1]. *(La fin au prochain numéro.)*

Par divers décrets de l'Empereur ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur, *au grade de grand officier* : M. le docteur Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; *au grade de commandeur* : MM. Velpeau, professeur à la Faculté de médecine ; Larrey, médecin en chef de l'armée d'Italie; Levicaire, ancien directeur du service de santé de la marine ; *au grade d'officier* : MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Dufour (Léon), correspondant de l'Institut, à Saint-Sever ; Rouchas, premier pharmacien en chef de la marine ; Cuvellier, médecin principal, chef des hôpitaux de Milan ; Paller, médecin-major ; Legouest, médecin major ; Vernois, médecin consultant de la maison de l'Empereur; Bonneau, médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine ; Bretel, chirurgien principal de la marine ; Desmarres, médecin oculiste, à Paris ; *au grade de chevalier* : MM. les docteurs Guéneau de Mussy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Figuier, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie ; Glénard, professeur à l'Ecole de médecine

---

[1] Je supprime ici quelques phrases parce qu'elles n'expriment plus ce que je pense actuellement. Leur suppression ne change du reste rien au sens général de mon travail.

de Lyon ; Pourcher, professeur à l'École de médecine de Clermont; Peschier, médecin au Corps législatif; Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux ; Galy, médecin au lycée impérial de Périgueux ; Deguise, chirurgien de la maison impériale de Charenton ; Dupré, chirurgien en chef de l'hôpital de Bourg ; Combal, médecin en chef de l'hôpital général de Montpellier; Evrat, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert ; Vanderhaegen, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille ; Campbel, ancien chef de la clinique d'accouchement de la Faculté ; Sée, médecin de l'hôpital des Enfants ; Frémy, médecin de l'hôpital Beaujon ; Delestre, médecin dentiste des hôpitaux ; Pirault-Deschaumes, chirurgien-major de la garde nationale de la Seine; Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen ; Dragon, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Napoléon-Vendée; Lauga, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de grenadiers de la garde impériale ; Trudeau, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; Bonnard, médecin-major de 2e classe au 10e régiment d'artillerie monté ; Robert, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran ; François, médecin-major de 1re classe ; Meunier, médecin-major de 2e classe ; Redemaker, pharmacien-major de 1re classe ; Mazé, chirurgien principal de la division des côtes occidentales d'Afrique ; Lamothe, chirurgien principal de la marine ; Choulet, chirurgien auxiliaire de 2e classe ; Lavergne, chirurgien de 2e classe de la marine ; Lecomte, médecin-major de 2e classe ; Allaire, médecin-major de 2e classe ; Ropert, médecin aide-major de 1re classe ; Cucud, médecin-major de 2e classe ; Lefèvre, médecin aide-major de 1re classe ; Bécano, médecin-major de 2e classe ; Le Marchant, médecin aide-major de 1re classe ; Besins, médecin major de 2e classe ; Chabrely, médecin aide-major de 1re classe ; Morelle, médecin-major de 2e classe ; Baiseau, médecin-major de 2e classe ; Donchez, médecin-major de 2e classe; Brauwer, pharmacien-major de 1re classe; Desdigneullos, pharmacien-major de 2e classe ; Morand médecin aide-major de 1re classe ; Marlier, médecin aide-major de 1re classe.

Les nominations et mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris. Deux places de médecins étaient vacantes par suite de la création d'une nouvelle place à l'hôpital Saint-Louis, et de la mort de M. Baron. M. le docteur Hillairet est nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis ; M. le docteur Ch. Bernard, médecin de l'hospice des Enfants assistés ; M. le docteur Richard (Xavier), médecin de la direction des Nourrices ; M. le docteur Gallard, médecin de l'hospice des Incurables (hommes).

Par décret du 30 juillet dernier, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels des médecins : pour le département du Calvados, M. Vastel ; pour les arrondissements d'Avranches et de Mortain (Manche), M. Hossard ; pour le département du Nord, M. Cazeneuve ; pour l'arrondissement de Provins, M. Michelin ; pour l'arrondissement de Meaux, M. de Saint-Amand ; pour le département de la Haute-Vienne, M. Bardinet.

Le nombre des Sociétés locales agrégées à l'association générale, approuvées, et dont les présidents ont été nommés par l'Empereur, est aujourd'hui de vingt et un. Plusieurs autres sociétés locales déjà constituées n'attendent plus que le décret de nomination de leur président, quelques-unes enfin sont en voie d'organisation.

Le Conseil d'hygiène de Bordeaux vient d'élire vice-président M. Levieux, et secrétaire général M. H. Gintrac. M. le docteur Levieux avait rempli depuis huit années, avec un grand zèle et un véritable succès, les fonctions de secrétaire général.

La section de médecine de l'Académie des lettres et sciences de Montpellier avait mis au concours, en 1857, la question des *Déviations utérines*. Le prix vient d'être décerné à M. le docteur B. Dunal, interne des hôpitaux de cette ville.

La municipalité de Lisbonne a fait graver plus de 200 médailles d'argent, du module d'un demi-souverain, pour honorer les actes de dévouement et de charité qui ont eu lieu à l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi dans cette capitale en 1857.

Le président de la Société de chirurgie a déposé au ministère de l'instruction publique la somme de 650 francs, provenant de la souscription ouverte dans le sein de la Société, au profit des blessés de l'armée d'Italie.

Par arrêté en date du 10 août, M. le docteur Sappey, agrégé de la Faculté de médecine, est nommé chef des travaux anatomiques.

Dans sa séance du 30 mai dernier, la Société de médecine a décidé qu'elle décernerait une médaille d'or de la valeur de 300 francs au meilleur travail inédit qui lui serait adressé sur la question suivante :

« Etudier l'action des anesthésiques comme agents produisant la mort ; déterminer, lors de l'emploi de ces agents, les conditions qui peuvent favoriser ou empêcher les accidents mortels ; rechercher les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on peut les combattre. »

Les membres du corps médical, dit ce programme, ne sont point les seuls à apprécier les bienfaits produits par l'usage des agents anesthésiques dans les opérations. L'emploi de ces agents est entré dans les idées et les mœurs de notre époque; les retrancher de la pratique des opérations serait aujourd'hui chose impossible, quand bien mêmes les chirurgiens, effrayés de la responsabilité qui pèse sur eux dans quelques circonstances malheureuses, se prononceraient dans ce sens.

L'anesthésie est un fait acquis à la science, mais ses dangers présentent un certain nombre de problèmes dont la solution intéresse non-seulement l'honneur médical, mais surtout la sécurité des nombreux malades qui viennent réclamer les secours de la chirurgie.

La Société de médecine, frappée des accidents mortels qui se montrent quelquefois dans l'emploi des anesthésiques, soumet cette question aux investigations, aux recherches de tous les médecins, de tous les hommes qui s'occupent de science.

Comment l'anesthésie produit-elle la mort? Quel est l'agent chimique qui agit sur l'économie? Par quel mécanisme cet agent détruit-il la vie? Tel est le premier élément de la question pour laquelle des théories ont été présentées : combattues encore, elles n'ont point encore acquis ce degré de preuves qui doit les faire admettre comme incontestables dans la science.

La question physiologique n'est point le seul problème soumis à l'investigation des candidats. Il fallait à ces études une conclusion pratique. Combattre avantageusement les accidents mortels, telle est la partie fondamentale de la question. Les concurrents devront, pour l'étudier, employer tous les moyens qui sont en leur pouvoir, observations cliniques, expériences sur les animaux, etc.

La Société pense que la personne qui trouverait un nouvel agent anesthésique, présentant une innocuité complète pour l'homme, tout en conservant les qualités propres à cet ordre d'agents thérapeutiques, aurait droit à la récompense promise.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés avant le 31 juillet 1860, suivant les formes académiques admises pour les concours, à M. Roux fils, secrétaire général, allée des Capucines, 13, à Marseille.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de l'acide arsenieux dans les congestions apoplectiques.

Par le docteur Lamare-Picquot, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

C'est le propre des faits scientifiques nouveaux de soulever l'incrédulité et de ne conquérir droit de domicile dans la science qu'après des luttes soutenues. En thérapeutique surtout, on a de la peine à accepter des idées qui semblent renverser ce qui était admis jusqu'alors; moins en France, cependant, où tout tend à progresser, et où cette tendance a produit des résultats merveilleux. La médecine, science d'observation, marche d'une allure plus lente, parce que les maîtres, qui devraient se mêler au mouvement, l'éclairer de leur expérience, se complaisent à rebattre le terrain de leurs œuvres, sans tenir compte de ce qui se produit en dehors de ce rayon. Il y a pourtant bien souvent l'occasion de glaner quelque chose de bon dans la pratique courante, et il est beau de le proclamer du haut de la chaire! C'est ainsi qu'un des professeurs les plus distingués de l'école de Paris empruntait naguère à la Russie une médication qui sauvera de la destruction un grand nombre d'enfants et d'adultes.

Combien d'autres emprunts n'aurait-on pas à faire, pour le plus grand profit de la thérapeutique, chez une nation voisine, dans un pays berceau de toutes les connaissances humaines, où des méthodes connues et adoptées depuis un demi-siècle n'arrivent à nous qu'à travers et malgré une sorte de cordon sanitaire, qui leur fait obstacle et semble leur défendre les approches du sanctuaire de l'école française? Est-ce à dire que la science médicale doit toujours marcher dans les voies tracées par les anciens? Non, sans doute. Déjà le grand Bichat avait trouvé, lui, que la thérapeutique de son temps n'était qu'une écurie immonde. Après lui, Rasori, guidé par les instincts du génie, fit disparaître de l'Italie une foule de vieilleries thérapeutiques, ineptes et erronées. Laënnec, parmi nous, essaya de proclamer quelques-unes des vérités médicales empruntées à cette école italienne ; mais les diatribes de son fougueux adversaire, Broussais, en retardèrent l'adoption. Rognetta arriva en France, et ses publications furent mieux comprises. Plus tard, vers l'année 1843, je crois, Martin-Solon rompait ouvertement avec les errements du passé, lorsqu'il reprenait en mains l'emploi du nitrate de potasse à haute dose contre le rhumatisme articulaire.

Depuis cette époque, on ne peut le contester, les esprits se sont familiarisés avec les idées qu'il leur répugnait tant de comprendre. Mais combien faudra-t-il encore pour que les choses bonnes et utiles que l'école italienne a voulu introduire en thérapeutique soient acceptées de tous !

Je vais placer sous les yeux de mes confrères des observations qui leur donneront, je l'espère, la preuve de la grande valeur de l'emploi de l'acide arsenieux, dans quelques cas où ce médicament n'a pas encore, que je sache, été mis en usage par les thérapeutistes.

Dans le cercle de ma pratique, j'ai déjà rencontré, parmi des confrères, dignes d'ailleurs de la plus grande estime, des contradicteurs ou des esprits timides à l'égard de toute innovation. Quant aux gens du monde, ils ont généralement beaucoup de préventions contre les préparations arsenicales. Aussi me suis-je bien souvent trouvé en face de malades qui, par préjugé, ne consentaient qu'avec la plus grande difficulté à se soumettre à un traitement dont l'acide arsenieux composait la base.

Je vais essayer d'expliquer et de mettre en évidence l'utilité pratique et le rôle de ce médicament. Dans tout cela, je n'ai pour but que d'apporter à la science mon contingent d'expérience et d'observation pour l'étude si importante de la médication arsenicale, employée pour prévenir les congestions apoplectiques, trop fréquemment suivies d'accidents mortels, sous la forme dite *apoplexie*.

Cette affection cruelle, à raison de la rapidité avec laquelle elle vient ravir l'existence, au moment où l'homme semble jouir de la santé la plus parfaite, est l'effroi des gens du monde et l'objet de la sollicitude constante de la médecine. Depuis longtemps, elle a provoqué de nombreuses recherches et, malgré un grand nombre de travaux, la maladie n'est pas encore bien connue dans son essence et dans la manière d'agir des causes qui la produisent. Combien de théories, enfantées par l'imagination, ont été successivement prônées par les auteurs ! Toutes ces opinions ne servent à rien pour nous éclairer sur la nature de l'apoplexie, et ne font que nous démontrer combien l'erreur est facile.

Aujourd'hui, la théorie la plus généralement admise est que l'apoplexie active est formée par une sorte de compression du cerveau, opérée par du sang épanché. De là est sortie une définition bien connue : L'*apoplexie est une hémorrhagie*. L'observation apprend chaque jour aux médecins praticiens que l'hémorrhagie cérébrale n'est que le produit, le dernier mot au plus haut degré de l'état congestif qui a longuement préparé la condition hémorrhagique.

En dehors de cet état, il y a des degrés, sous la forme de congestions cérébrales, qu'il ne paraît pas logique de classer parmi les hémorrhagies. Du moment que l'on admettra qu'il y a des prodromes dans l'apoplexie, l'hémorrhagie n'est plus que la terminaison de la maladie, suivie de la mort prompte ou d'une compression permanente sur le cerveau, d'où procèdent les paralysies hémiplégiques ou autres.

Mon intention n'est pas de tracer ici une histoire complète de l'apoplexie, que l'on a appelée, à cause des conditions de manifestation, *sympathique*, *symptomatique*, *constitutionnelle*. Je me propose seulement d'ajouter quelques aperçus nouveaux à cette histoire, afin d'attirer l'attention de mes confrères sur leur nature, et de les mettre dans le cas de pouvoir les combattre, pour le plus grand profit des malades.

Je m'étais laissé entraîner à désirer que l'expérience des maîtres vînt apporter à l'emploi méthodique de l'acide arsenieux une inaltérable sanction ; c'est pourquoi j'avais appelé tout à la fois l'attention de l'Institut et celle de l'Académie de médecine sur la question. Il me semblait qu'une idée nouvelle devait passer par l'examen des sommités médicales, afin d'être mieux accueillie par la généralité des médecins. Mais la présentation en est restée là devant les Académies. La médication arsenicale n'a pas moins continué de marcher et de me donner les résultats les plus satisfaisants.

Cette dernière circonstance et le silence des Académies m'ont déterminé à en appeler à tous mes confrères, afin qu'ils veuillent bien expérimenter cette médication, avec toute la circonspection qui caractérise les médecins intelligents.

Avant d'entrer dans le domaine des faits, il est nécessaire de dire un mot de l'ordre dans lequel le traitement par l'acide arsenieux doit être suivi.

Le traitement de la congestion apoplectique, appliqué généralement de nos jours, est appelé *rationnel*, parce qu'il est déduit de l'appréciation des phénomènes organiques, qui constituent la cause immédiate des symptômes de cette affection. Il semble donc que le traitement rationnel, indiqué contre la congestion apoplectique, a l'inconvénient d'être dirigé contre les symptômes plutôt que contre la cause de la maladie. Mais les conditions de l'organisme vivant sont essentiellement variées, sous l'influence des causes qui portent à l'état de congestion apoplectique. Antérieurement à la production des symptômes actifs de la congestion apoplectique, il se passe une série de circonstances et de phénomènes, qui la préparent et la déter-

minent. Ainsi, il y a une cause, d'abord éloignée et inaperçue, que ne saurait atteindre le traitement rationnel. Pourquoi donc attendre que l'affection soit parvenue au degré qui amène si souvent la mort? On arriverait à quelque chose de plus rationnel, s'il était possible de prévenir l'imminence de l'apoplexie. Tel a été le but que nous nous sommes proposé, et nous allons reproduire succinctement les recherches que nous avons faites et les expérimentations pratiques qui nous portent à proposer à nos confrères une méthode, que nous croyons nouvelle, de traitement prophylactique et curatif, dirigé essentiellement contre l'état morbide qui n'est que l'avant-coureur de l'apoplexie, la cause première.

Cette cause première nous a paru toujours se manifester, en même temps que l'on s'aperçoit d'un embarras à la tête, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles ou de tout autre signe caractérisant une disposition congestive vers cet organe. Dans ces circonstances, si le mal est assez prononcé pour que l'on ait recours à la saignée, nous avons observé que, chez tous les sujets, l'élément cruorique du sang (les globules) dépasse de beaucoup celui du sérum. Quand le rapport entre le *cruor* et le *sérum* n'existe pas à l'état normal, la circulation ne s'exerce pas librement dans le réseau vasculaire que le sang doit parcourir. Sous l'empire de certaines circonstances, telles que l'alimentation substantielle, l'âge mûr, l'âge de retour, l'abus des liqueurs alcooliques (même pendant la jeunesse), le sang devient plus abondant en matière cruorique, la circulation en devient plus difficile ; il s'opère le plus habituellement quelque mouvement de *raptus* vers le cerveau, et enfin se manifestent des signes évidents de congestion. Alors le cruor est toujours disproportionné avec le sérum. J'ai rencontré quelques sujets, ayant des phénomènes de congestion apoplectique très-prononcés, chez qui le sang d'une saignée, reçu dans un vase large, bien couvert pour empêcher l'évaporation et laissé en repos, pendant deux jours, dans un lieu frais, donnait pour résultat 75 parties pour 100 de cruor et quelquefois davantage encore. Or, toutes les fois que le cruor dépasse 54 pour 100, il se manifeste dans l'organisme quelques signes congestifs vers le cerveau. La saignée devient alors un moyen de soulagement momentané; mais elle ne remédie nullement et d'une manière durable à la prédominance du cruor sur le sérum. Le médicament par excellence, pour opérer cette modification utile, est la solution d'acide arsenieux. Ce médicament, doué d'une action hyposthénisante remarquable, rétablit en peu de temps l'équilibre entre le cruor et le sérum. Le fait est bien facile à vérifier si, après

trente ou quarante jours de l'emploi de la médication arsenicale, on pratique une saignée explorative de 40 grammes.

Le rôle de l'acide arsenieux, une fois fixé dans les globules du sang, paraît être de servir à anéantir la cause qui les avait rendus trop riches et de faciliter ainsi la circulation, sans préjudice aucun pour l'économie.

Il y a peut-être quelque chose d'hypothétique dans cette manière de raisonner. Ne serait-on pas fondé à soutenir que le point de départ qui donne naissance aux phénomènes morbides que l'on observe dans les éléments du sang dépend de l'excitation habituelle dans laquelle se trouve le cerveau, chez un sujet prédisposé à la condition apoplectique? Ce raisonnement ne serait-il pas confirmé par ce qui se passe chez un autre individu atteint brusquement d'une pneumonie intense, gagnée dans l'état de la plus parfaite santé, en s'exposant à l'action d'un courant d'air froid? Dans ce dernier cas, le sang devient rapidement très-couenneux; souvent même il n'existe qu'un rudiment de sérum.

En définitive, que le point de départ qui vicie le sang dans l'apoplexie ait son principe dans l'état d'excitation du cerveau, et que la constitution du sang ne soit que la conséquence de cette excitation; ou bien que la cause de l'augmentation des globules soit dans le sang, le fait pratique restera le même, relativement à l'action héroïque de l'acide arsenieux comme modificateur de l'élément qui constitue l'irritation.

Revenons à notre sujet.

Lorsque l'économie ne présente que de légers symptômes généraux de congestion cérébrale, il n'y a aucune nécessité de recourir à l'emploi de la saignée et de tous les autres moyens conseillés dans le cas de prédisposition à l'apoplexie. L'acide arsenieux, à la dose de quelques milligrammes, pris en solution dans la boisson des repas, fera taire tous les signes congestifs du cerveau.

On comprend, toutefois, que l'effet de ce traitement est successif et qu'il faut un certain délai pour qu'une sorte de transformation puisse s'opérer dans les éléments du sang. Un mois suffit habituellement pour obtenir quelques résultats; mais pour arriver à l'état normal, il est nécessaire de continuer l'usage du médicament plus longtemps.

Dans les cas plus graves, on peut, sans crainte aucune, augmenter la dose de l'acide arsenieux : je l'ai porté sur moi-même jusqu'à 15 milligrammes par jour et pendant plusieurs mois. C'est un fait remarquable que plus l'excitation cérébrale est manifeste et

puissante, mieux l'organisme tolère la médication. On verra, dans l'exposition des faits, combien il est facile de supporter d'assez fortes doses d'acide arsenieux, quand le cerveau est sous l'empire d'une irritation faisant craindre l'hémorrhagie cérébrale.

A l'époque où j'adressai mon mémoire aux Académies, je ne connaissais pas les savantes et laborieuses recherches faites, il y a une vingtaine d'années, par MM. Martin-Solon et Debout, sur l'absorption de l'acide arsenieux pris à jeun et aux repas, et les résultats chimiques obtenus par M. Chevallier, qui constata que la plus grande partie du sel arsenieux passait par les garde-robes, avec les débris alimentaires. Jusqu'en l'année 1852, je me servis de la solution très-infidèle, préparée avec de l'eau bouillante seulement, mais qui laissait échapper une grande partie du sel métallique, sous forme de précipité s'attachant au verre de la bouteille, à mesure que l'eau se refroidissait. Ce ne fut qu'en cette année-là que j'appris que Quévenne avait découvert que le carbonate de soude, joint à la solution arsenieuse, constitue un sel aussi soluble que possible. Sous la forme d'arséniate de soude, le médicament devenait plus assimilable, et ce fut la raison principale qui me détermina à l'employer au moment des repas.

Mais c'est assez insister sur les généralités : laissons parler les faits ; en thérapeutique, ils ont une grande puissance.

Nous dirons d'abord comment nous avons été conduit à employer l'acide arsenieux dans le traitement des congestions apoplectiques.

En février 1849, Greuney, mulâtre de l'île Bourbon, âgé de soixante et un ans, entra à l'hôpital de Honfleur sous l'empire d'une dyspnée effrayante, occasionnée par une hypertrophie du cœur ancienne et très-avancée, qui était encore aggravée par les angoisses d'un naufrage auquel ce marin venait d'échapper : pouls à peine sensible ; extrémités froides ; tout faisait présumer une mort prochaine.

Je venais de lire quelques-uns des travaux de Rognetta, et je saisis l'occasion pour essayer de l'acide arsenieux, médicament si préconisé par l'école italienne dans certaines sub-inflammations. Je l'administrai à la dose de 6 milligrammes dissous ou plutôt en suspension dans une potion.

Après quelques jours de l'emploi non interrompu de ce moyen, la phlegmasie subaiguë du cœur s'atténua de plus en plus. On commença à nourrir modérément le malade, tout en continuant l'usage de l'acide arsenieux.

Quarante jours après son entrée à l'hôpital, Greuney pouvait faire de l'exercice modéré, et l'affection du cœur avait repris le ca-

ractère qu'elle revêtait avant le naufrage. La dose de l'acide arsenieux avait été successivement élevée à 10 milligrammes.

Pendant six mois, le même traitement fut continué; mais on laissait reposer l'organisme de temps en temps. En 1850, Greuney vivait avec une hypertrophie du cœur avancée : il s'embarqua pour retourner dans sa patrie.

Ce fut après avoir observé chez Greuney la puissante action hyposthénisante de l'acide arsenieux que je pensai à en faire usage sur moi-même. Voici l'observation qui m'est personnelle et dans laquelle les phénomènes qu'il s'agit de mettre en lumière ont trouvé un moyen certain d'appréciation, puisque je les étudiai avec l'attention la plus scrupuleuse.

Obs. I. En 1845, j'avais éprouvé de très-vives impressions morales. Sous l'empire de ces circonstances, je ressentais fréquemment de la pesanteur à la tête, et une sorte de constriction analogue à celle d'une calotte un peu étroite. J'avais alors cinquante-six ans, une constitution robuste et un tempérament à prédominance sanguine très-prononcée : je ne faisais aucun excès.

Le 29 octobre, je me fis faire une saignée du bras de 700 grammes. Après deux jours de repos dans un lieu frais, j'obtins pour résultat 476 grammes de cruor et 224 grammes de sérum, c'est-à-dire 68 pour 100 de cruor contre 32 pour 100 de sérum, condition donnant la mesure d'une extrême richesse de globules.

Pendant quelque temps, j'éprouvai du soulagement; mais, au commencement de l'année 1846, je ressentis de nouveau quelques accidents qui me déterminèrent à faire faire une nouvelle saignée de 400 grammes. Cette fois, le cruor était dans la proportion de 61 pour 100 contre 39 pour 100 de sérum. Le mieux survint encore après cette saignée.

Je croyais être débarrassé de cette sorte d'impulsion du sang vers le cerveau, quand, au mois d'avril 1846, je me sentis sous l'empire d'une excitation morale qui me portait, plus que de coutume, à l'impatience : la tête n'était le siége d'aucune souffrance. Le 22 de ce mois, étant sur le point de terminer une opération qui avait attiré toute mon attention, je fus pris, dans une salle de l'hôpital, d'une épistaxis considérable : je perdis 2,400 grammes de sang. Après deux jours de repos dans une cuvette couverte, le cruor était dans la proportion de 61 pour 100.

Pendant quelques jours, je restai affaibli et continuant de perdre, de temps en temps, un peu de sang par le nez Mais je repris bientôt mes habitudes accoutumées : je faisais beaucoup d'exercice à pied. Depuis cette épistaxis, je m'étais imposé un régime végétal très-sévère ; eau pure pour boisson.

Nonobstant ces rigueurs, je ressentis, dans les derniers jours de mai, du malaise à la tête : une ventouse scarifiée appliquée à la nuque fournit 60 grammes de sang qui donna pour produit, après deux jours, 56 pour 100 de cruor.

Je fus tranquille jusqu'au 29 juillet ; mais alors mêmes symptômes de congestion cérébrale ; saignée de 400 grammes qui donna pour résultat 68 pour 100 de cruor.

Toujours soumis au régime alimentaire le plus austère, je gagnai sans encombre le mois d'octobre. A cette époque, nouveaux phénomènes de souffrance cérébrale. Saignée de 600 grammes, qui donne à l'examen 66 pour 100 de cruor.

En novembre, je ressentis encore de l'impulsion à la tête : saignée de 800 grammes donnant pour résultat 63 pour 100 de cruor. Je dois faire observer que chaque fois que l'état congestif cérébral se manifestait, la locomotion devenait lourde et fatigante : aussitôt après la saignée, je reprenais mon agilité naturelle, sans éprouver la moindre fatigue.

Jusqu'au mois de mars 1847, je n'avais ressenti rien de sérieux quand, le 6 de ce mois, une saignée de 500 grammes fut nécessitée par des constrictions au pourtour de la tête. Elle eut pour caractère remarquable de fournir 75 pour 100 de cruor et 25 pour 100 de sérum.

Après cette saignée, je ne me sentis pas soulagé comme de coutume, et, le 18 mars, j'en fis faire une nouvelle de 600 grammes, dont le cruor était réduit à 59 pour 100.

Le restant de l'année 1847 fut passable. J'étais toujours soumis au régime alimentaire herbacé et à l'usage des fruits en abondance.

En 1848 (février), je fus atteint d'une pleurite aiguë, avec accidents cérébraux secondaires. Cette affection suraiguë céda à trois saignées faites presque coup sur coup, les 18, 19 et 20 février. Le sang était remarquablement couenneux ; la convalescence fut très-rapide.

Jusqu'au mois de mai 1848, je n'éprouvai que peu de phénomènes cérébraux ; mais le 23, les symptômes parurent tout à coup fort pressants. Saignée de 700 grammes, donnant pour résultat 60 pour 100 de cruor.

Le 30 mai, ne ressentant aucun avantage de la saignée du 23, j'en exigeai une nouvelle de 600 grammes. Cette fois, au lieu de trouver une diminution quelconque dans la surabondance des globules, j'eus pour résultat 69 pour 100 de cruor, contre 31 pour 100 de sérum.

Le 6 juin, ventouses scarifiées à la nuque : 200 grammes de sang ; 51 pour 100 de cruor, et 49 pour 100 de sérum.

A la suite de ces saignées répétées, je me trouvai très-bien, et je commençais à espérer de voir cesser l'état congestif cérébral, qui menaçait si puissamment mon existence. J'attribuai le mieux que j'éprouvais à l'usage du bicarbonate de soude, que je prenais à haute dose depuis près de deux mois. Mais, le 28 juillet, quelques signes congestifs se reproduisirent. Ventouse scarifiée de 70 grammes ; cruor, 60 pour 100.

Pendant le restant de l'été 1848, je fus encore saigné deux fois ; la première saignée donna pour résultat 62 pour 100 de cruor, et la deuxième saignée 58 pour 100.

Au mois de novembre, nouveaux accidents moins graves. Saignée de 600 grammes, et 56 pour 100 de cruor.

Le 27 janvier 1849, je ressentis une grande pesanteur de tête, avec une sorte de torpeur de l'intelligence; fatigue au moindre exercice. J'exigeai encore une large saignée de 1,000 grammes, qui donna pour résultat 63 pour 100 de cruor.

Dans le mois de mars, nouveaux accidents : le 14, saignée de 600 grammes, qui donne pour résultat 69 pour 100 de cruor.

Cette fois, j'en fus à désespérer de la valeur des saignées, pour le fait qui m'était personnel.

Depuis le mois d'octobre 1845, jusqu'au 14 mars 1849, dix-huit saignées avaient été faites durant ces 41 mois, non compris celles nécessitées par la pleurite aiguë, et je n'obtenais aucun soulagement durable.

A cette même époque de 1849, je venais de constater chez le mulâtre Greuney l'heureux effet de l'acide arsenieux. Il me vint à l'idée de me servir de ce médicament.

Le 23 mars 1849, je commençai l'usage de la solution arsenicale : 5 milligrammes du médicament au déjeuner et au dîner, dans l'eau que je prenais pour boisson. Je continuai à me soumettre au régime végétal le plus absolu, et, quand j'en étais par trop fatigué, j'y ajoutais du poisson frais.

Pendant un mois, je pris exactement le médicament à la même dose, sans ressentir le moindre inconvénient dans l'acte de la digestion.

Le 3 mai, je me trouvais parfaitement bien, et pourtant il y avait cinquante jours que je n'avais été saigné. Ce jour-là, je fis faire une petite saignée d'exploration qui me donna pour résultat 52 pour 100 de cruor, et 48 pour 100 de sérum.

Ainsi, la sédation cérébrale était complétement acquise, et les éléments du sang étaient en proportions normales. Il me fallait conserver cette sorte de conquête, et je continuai de prendre la solution arsenicale aux repas. J'en portais souvent la dose à 16 milligrammes par jour. De temps en temps, je suspendais l'emploi du médicament pendant huit ou dix jours, puis j'y revenais, sans discontinuer, pendant quinze ou vingt jours. Le traitement dura ainsi jusqu'au mois de novembre 1849.

A cette époque, je ressentis quelques accidents gastralgiques (faiblesse d'estomac, flatuosités) : je cessai de prendre la solution arsenicale, et les symptômes nerveux cédèrent aussitôt. Je revins plusieurs fois au médicament, afin d'en étudier l'action sur l'estomac, et toujours les mêmes phénomènes nerveux se manifestèrent; ils cédaient avec la cessation de la solution arsenieuse. Je réduisis la dose à 8 milligrammes par jour, et jamais, à cette dose, je n'éprouvai la moindre sensation à l'estomac.

Il devint alors pour moi de la plus grande évidence que la tolérance de l'acide arsenieux s'établit d'autant mieux qu'il existe une sorte de condition anomale ou diathèse phlegmasique ; mais, aussitôt que l'état diathésique disparaît, l'estomac devient plus sensible à l'action directe du médicament. Il en est ainsi pour l'emploi

du tartre stibié à haute dose, dans les phlegmasies pulmonaires.

Après le mois de novembre 1849, je repris mes habitudes ordinaires, comme avant 1845. Je pouvais manger des viandes noires et même boire un verre de vin, ce qui ne m'était pas arrivé depuis plus de quatre ans.

Jusqu'au mois de mars 1850, je n'éprouvai aucun symptôme d'excitation cérébrale; mais, à cette époque, je ressentis à la tête quelques-uns de ces phénomènes fugaces qui m'avaient toujours indiqué qu'un état congestif se préparait. Une saignée d'exploration de 60 grammes m'ayant donné pour résultat 58 pour 100 de cruor, je me remis à l'usage de la solution arsenicale, toujours à 4 milligrammes matin et soir. Je continuai ce traitement jusqu'au mois de mai, sans toutefois revenir au régime herbacé : je composais mes repas, de viande, de légumes et de fruits ; eau pour boisson.

Dans le mois de juillet 1850, je jouissais de la meilleure santé possible. Les chaleurs de l'été, et un régime plus substantiel, n'altérèrent pas le bien que j'éprouvais.

J'ai cru devoir reproduire *in extenso* cette observation, recueillie par moi avec le plus grand soin, en suivant pas à pas les phases de ma maladie. J'ai insisté sur les détails parce que, si puérils qu'ils puissent sembler, l'importance du sujet ne me permet pas de les abréger.

Pendant plus de trois ans, j'avais vécu sous la menace incessante d'une attaque d'apoplexie ou d'une phlegmasie cérébrale. L'usage méthodique de l'acide arsenieux, dont je me saturai pendant près de neuf mois, mit fin à ces accidents si graves.

Depuis l'année 1850 jusqu'à ce jour (décembre 1855), je n'ai pas pris un atome d'acide arsenieux, je me nourris avec tous les aliments ordinaires ; je bois du vin très-modérément, et ma santé est excellente, malgré les soixante-six ans que je porte très-lestement. (*La fin au prochain numéro*).

Sur l'usage externe des médicaments.

Par M. J.-B. Thomson.

Mon attention a été attirée sur ce sujet par une note publiée dans le *Bulletin de Thérapeutique* : « Sur la meilleure forme à donner à quelques préparations pharmaceutiques destinées à l'usage externe. » L'auteur, M. Deschamps, arrive à cette conclusion générale, sur laquelle je suis d'accord avec lui, que les agents thérapeutiques peuvent être absorbés par la peau, se répandre dans l'organisme, y produire des effets physiologiques, et être expulsés par les voies ordinaires. Quant à la question de savoir sous quelles formes ces agents

peuvent être introduits à travers la peau, de manière à produire leurs effets thérapeutiques, je ne m'accorde pas complétement avec M. Deschamps, et sur ce point je demande à présenter les résultats de mon observation et de mon expérience personnelles pendant plusieurs années.

1° *Des applications huileuses et graisseuses à l'extérieur.* — Suivant M. Deschamps, ces applications ne seraient pas douées d'une grande efficacité thérapeutique. Je suis depuis longtemps convaincu du contraire, et mon opinion repose sur des preuves qui me paraissent satisfaisantes. Grâce à une observation de dix-sept ans dans un district dont la population est surtout occupée aux travaux des manufactures de laine, je suis arrivé aux conclusions suivantes, savoir : Que des enfants chétifs et faibles offrent, peu de semaines après leur entrée dans les filatures de laine, une amélioration marquée dans leur apparence physique ; que les huiles (surtout celle d'olive), au milieu desquelles ils travaillent, pénètrent dans l'organisme à travers la peau en quantité considérable, influent avantageusement sur les affections scrofuleuses et améliorent la constitution des ouvriers. De plus, cette opinion se trouve basée sur la comparaison de l'accroissement de poids chez ceux de ces ouvriers que la nature de leurs travaux met en contact avec une plus grande quantité de matières grasses ; — sur la comparaison des poids des jeunes sujets employés dans les manufactures de coton, et de ceux qui travaillent dans les manufactures de laine ; — sur la comparaison des ouvriers de ces dernières manufactures avec ceux qui n'y sont pas occupés, dans la même localité ; — enfin sur la diminution de poids chez les individus qui, dans ces manufactures, passent d'un travail où ils manient davantage les matières grasses, à un autre où ils les manient moins.

Quant aux applications, à titre de médicament, des corps gras à l'extérieur, nous avons en leur faveur les témoignages de divers praticiens de distinction, qui déposent de l'efficacité des onctions huileuses, et spécialement celui du professeur Simpson qui a écrit un mémoire excellent sur ce sujet. M. Deschamps nous dit qu'il a composé un saponé avec l'iodure de potassium, et que s'en étant frictionné l'épigastre une fois par jour pendant quatre jours, l'analyse faite dans l'intervalle des frictions lui a permis de constater dans son urine des quantités appréciables d'iode. Que M. Deschamps essaye l'expérience avec une pommade formée de 2 gros d'iodure de potassium pour 1 once d'axonge, et il obtiendra le même résultat, ou bien qu'il se frictionne l'épigastre avec un mélange

de 1 gros de teinture d'opium et 2 gros d'huile d'olive, et dans l'espace d'une demi-heure il se trouvera, suivant toute probabilité, paisiblement endormi. Du moins tel est le résultat de mon expérience tant personnelle que professionnelle. Je crois qu'il est généralement admis que les plus remarquables effets des applications externes du mercure et de l'iode s'obtiennent sous la forme de pommades.

2° *Des médicaments de nature anodine appliqués à l'extérieur sous forme d'emplâtres.*— Qu'on me permette d'ajouter ce qui suit d'après mes cahiers de notes.

M. S*** avait un emplâtre de belladone appliqué sur le front pour une névralgie. Six heures après l'application, le sujet avait du délire et ses pupilles étaient fortement dilatées. L'emplâtre fut enlevé, le délire et la dilatation disparurent. L'expérience fut répétée avec le même résultat.

A. L*** avait un emplâtre de belladone appliqué sur le creux de l'estomac ; au bout de peu de temps, incohérence des idées, aberration de l'intelligence ; de plus, dilatation des pupilles. L'emplâtre ayant été ôté, ces symptômes s'évanouirent ; je répétai l'application, les mêmes phénomènes se manifestèrent. Dans six autres cas au moins, j'ai observé des effets semblables.

J'ai vu également, dans plusieurs cas, l'application des emplâtres d'opium sur l'épigastre être suivie d'effets narcotiques.

Dans deux cas où les emplâtres de belladone avaient été appliqués sur la région lombaire, les symptômes furent beaucoup moins prononcés ; et mon expérience de l'application externe des médicaments me porte à croire que c'est à la région épigastrique qu'ils produisent le plus d'effet.

3° Des médicaments appliqués à l'extérieur, ce sont les *teintures* qui, entre mes mains, se sont trouvées le plus rapidement absorbées. En voici des exemples.

M. N*** avait de temps à autre des accès de *delirium tremens*, pendant lesquels elle avait beaucoup d'excitation et de l'insomnie. Lorsqu'elle me consulta pour la première fois, je lui fis prendre 40 gouttes de liqueur de morphine, répétées au bout de trois heures, sans aucun résultat, pendant deux nuits successives. La troisième nuit, des frictions furent faites sur l'épigastre avec 30 gouttes de teinture d'opium, et la nuit fut très-calme. J'ai eu fréquemment à traiter cette malade pour la même affection, et toujours j'ai vu qu'une friction pratiquée avec une demi-cuillerée à café de teinture d'opium amenait le sommeil. Instruit par cet exemple, je n'ai pas,

depuis plusieurs années, administré l'opium à l'intérieur dans les cas de ce genre; et généralement le moyen que je viens d'indiquer a été couronné de succès.

W. R***, sujet à des attaques périodiques d'aliénation mentale, accompagnées d'insomnie. Je suis rarement parvenu à procurer à ce malade un sommeil complet; mais en général sa violence se calmait à la suite de frictions faites sur l'épigastre avec une cuillerée à café de teinture d'opium.

Dans des cas de spasme intestinal, où le laudanum et l'éther donnés à l'intérieur restaient sans effet, j'ai souvent vu le soulagement suivre rapidement l'application, sur l'abdomen, de linges chauds arrosés avec une cuillerée à café de teinture d'opium ou de teinture de jusquiame.

Afin de me rendre compte, d'une manière aussi satisfaisante que possible, de la valeur du *post hoc, ergo propter hoc,* dans ma pratique de la médication endermique, j'ai fait de nombreuses expériences sur moi-même au moyen des narcotiques.

Après une friction sur l'épigastre avec une demi-cuillerée à café de laudanum (j'ai répété cette expérience cinquante ou soixante fois), j'ai éprouvé ce qui suit : le pouls s'élève, les idées augmentent d'activité; il survient ensuite de l'incohérence et de la confusion; sensation de plénitude dans la tête; perspiration; enfin, de vingt à vingt-cinq minutes après l'application, sommeil venant insensiblement.

Avec l'éther chlorique et l'éther sulfurique, il y a des effets très-semblables : élévation et plénitude du pouls, perspiration, incohérence des idées et sommeil. Dans certains cas, avec le chloroforme, l'éther chlorique, l'éther sulfurique, le laudanum, la teinture de jusquiame, s'il ne se produit pas un sommeil complet, il y a de l'excitation, de la rêvasserie, et pendant douze heures au moins une sensation d'assoupissement.

J'ai fait des expériences sur la différence d'effet de ces substances suivant les différentes parties du corps. Appliquées sur les régions frontale et occipitale, leurs effets sont les mêmes; sur la paume des mains ou la plante des pieds, la quantité doit être plus considérable, soit une cuillerée à café (au lieu d'une demi-cuillerée) des narcotiques ci-dessus nommés; des diverses régions, je trouve que c'est l'épigastre qui absorbe toutes ces substances avec le plus de rapidité et d'efficacité.

J'ai observé que les conditions dans lesquelles se trouve l'organisme, et spécialement l'état de l'estomac, méritent d'être prises en

considération d'une manière particulière. Si la médication endermique est pratiquée alors qu'il y a quelque désordre des fonctions de l'estomac, ou quand cet organe est dans un état de réplétion et encore en travail de digestion, le trouble de l'organisme augmente; des rêves, un sommeil agité en sont la conséquence.

A doses plus faibles que celles qui viennent d'être mentionnées, l'emploi externe du narcotique, répété toutes les trois ou quatre heures, produit lentement, mais d'une manière sûre, des effets soporifiques.

De l'expérimentation très-large que j'ai faite sur mes malades et sur moi-même, depuis un grand nombre d'années, découlent les enseignements pratiques suivants.

La médication endermique ou iatraleptique, comme on l'a appelée, a des titres à une bien plus grande attention, de la part du praticien, qu'elle n'en a obtenu jusqu'ici. Cette médication me semble être à peu près complétement ignorée des médecins, parmi lesquels l'opinion dominante paraît être un scepticisme presque absolu, relativement à la possibilité d'introduire des agents thérapeutiques à travers la peau restée intacte. Lorsque j'étais encore sur les bancs, on enseignait du haut de la chaire professorale que l'épiderme devait être enlevé, puis la partie dénudée couverte du médicament réduit en poudre, pour que l'absorption pût avoir lieu à la surface cutanée; et qu'encore, dans ces conditions, les poisons énergiques seuls étaient capables d'être absorbés avec quelque efficacité. J'envisage les choses d'une façon bien différente, et ma manière de voir n'est pas sans être soutenue par le témoignage de quelques autorités médicales.

Plusieurs physiologistes ont démontré que l'eau à 82 degrés Fahrenheit (28 centigrades environ) s'introduit à travers la peau, et donne au corps une augmentation de poids. Plusieurs substances alcalines, la rhubarbe, certaines matières colorantes, dissoutes dans l'eau des bains, ont été retrouvées dans l'urine des sujets qui étaient restés plongés dans les bains tenant ces substances en dissolution. Des vésicules vaccinales ont été obtenues en tenant la lymphe en contact avec la peau intacte, et la recouvrant d'une couche de sang, pour la mettre à l'abri de l'action de l'air. Des végétaux, quelques petits animaux deviennent paralysés après avoir été plongés dans du laudanum. Une solution aqueuse d'opium produit cet effet sur l'épine-vinette et les plantes sensitives, sur la grenouille et la souris. Le docteur Christison admet que l'opium produit ses effets par quelque voie qu'il soit introduit dans l'organisme, par une surface dé-

nudée ou par une surface intacte ; et pour moi, je ne doute pas que, dans ce temps où le crime se montre si ingénieux et si raffiné, pour ainsi dire, des empoisonnements n'aient pu être commis de cette façon. Nous avons la relation d'un cas dans lequel un cataplasme opiacé sur le scrotum, à la suite d'un vésicatoire, produisit un coma profond ; la cause de cet état fut heureusement découverte assez à temps pour que la vie pût être sauvée. Un enfant, âgé de deux mois, faillit périr empoisonné par un cérat contenant 15 gouttes de laudanum, qu'on laissa appliqué pendant vingt-quatre heures sur une excoriation légère ; il se manifesta de l'insensibilité et des convulsions. Un soldat était atteint d'érysipèle : l'application d'un cataplasme de farine de lin arrosé de 15 gouttes de laudanum fut prescrite, et le lendemain matin cet homme était dans le coma ; il eut des convulsions, des spasmes, et il succomba ; au lieu de 15 gouttes, on avait par erreur versé sur la surface du cataplasme jusqu'à une once de laudanum. Outre ces faits, nous avons les effets certains des applications externes du mercure, de l'iode, etc., pour démontrer que la médication iatraleptique mérite plus de considération dans la pratique médicale qu'on ne lui en a encore accordé.

Un autre enseignement résulte encore de ces faits, c'est que les mauvais effets des opiacés, introduits par la bouche, peuvent et doivent être évités par l'adoption de la médication iatraleptique. Là où il existe un désordre biliaire, l'administration interne des narcotiques est souvent nuisible, en diminuant le ton du canal intestinal ; et mon expérience propre me donne la certitude que l'application externe de ces agents est au moins aussi efficace. Dans l'inflammation de l'estomac et des intestins, les opiacés à l'intérieur produisent la constipation, diminuent l'énergie vitale de tout le canal, au moment même où la *vis medicatrix* demande des efforts pour arrêter la maladie, réparer la désorganisation. L'application des narcotiques à l'extérieur semble avoir pour résultat l'absorption de ces médicaments dans le sang, de telle sorte qu'ils agissent d'une manière générale aussi bien que localement sur l'organisme.

Je dirai, en terminant, que je vois avec satisfaction les travaux du docteur Alexandre Wood, du docteur W.-B. Richardson, et de plusieurs autres médecins, prendre pour objet l'action des médicaments appliqués à l'extérieur. En ce qui concerne le narcotisme voltaïque du docteur Richardson, il me semble que les résultats en sont dus à l'absorption locale ; or, de semblables résultats suivent la simple application topique des narcotiques, spécialement lorsque

cette application a été accompagnée de frictions. Je ne doute pas d'ailleurs que, dans beaucoup de eas, la stimulation produite par l'électricité ne vienne puissamment en aide pour activer l'absorption cutanée.

Si ees remarques peuvent eontribuer à donner quelque confiance aux praticiens dans la valeur de la médication iatraleptique, j'aurai atteint le but de ce travail.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des résections sous-périostées.

Par le docteur L. Ollier.

L'introduction des résections articulaires dans la pratique chirurgicale a été un incontestable progrès. Des membres ou des portions de membres, qui cussent été inévitablement sacrifiés autrefois, peuvent être aujourd'hui conservés avec leur forme normale et même avec la plus grande partie de leurs fonctions. Il est rare cependant que les opérés ne présentent pas quelques traces indélébiles de cette mutilation. La diminution de longueur, l'atrophie du membre, la perte plus ou moins complète des mouvements, voilà les accidents les plus fréquents de ces opérations où des portions osseuses considérables doivent être saerifiées et souvent avec les faisceaux musculaires ou tendineux qui y prennent insertion.

Il n'en serait pas de même si les pertes de substance pouvaient être réparées par une régénération des parties enlevées ; les membres reprendraient ainsi leur longueur et les muscles leurs attaches. La chirurgie serait alors non-seulement conservatrice, mais encore réparatrice, et c'est là, il faut le reconnaître, le but vers lequel elle doit tendre pour approcher de plus en plus de eette perfection, de cet idéal, qu'on a cru naïvement avoir atteint plusieurs fois, mais qui nous paraît encore bien éloigné.

Ce but serait illusoire et vainement poursuivi lorsqu'il s'agit de eertains organes ou tissus complexes, dont la nature est avare et qu'elle ne reproduit plus après leur destruction ; mais pour les os il en est autrement, et on sait depuis plus d'un siècle que ces organes peuvent se régénérer et que le périoste est le principal agent de cette reproduction.

La théorie que Duhamel avait basée sur ses belles expériences

contenait implicitement le principe des résections sous-périostées. On l'avait du reste parfaitement appliquée à l'explication des divers phénomènes de la nécrose, et on n'hésitait pas à attribuer à la persistance du périoste la régénération de l'os après la formation des séquestres. Duhamel, cependant, ne réussit pas à convaincre tous les physiologistes, et si plusieurs lui apportèrent leur appui par l'adoption pure et simple de ses doctrines ou par des expérimentations nouvelles, d'autres, non moins célèbres, refusèrent d'adhérer à toutes ses conclusions ou même leur opposèrent une dénégation formelle. Parmi eux nous citerons Haller et Deshleef, son élève, Bichat, Léveillé, Béclard, Charmeil, etc., etc.

De nos jours la question a été reprise, et les expériences de Heine (de Würzbourg) et de M. Flourens sont venues prêter un nouvel et définitif appui à la doctrine de Duhamel. Néanmoins, les chirurgiens français, malgré l'appel de M. Flourens et les conseils de quelques auteurs de médecine opératoire, n'ont guère mis d'empressement à se lancer dans les voies que la physiologie expérimentale leur indiquait nettement, il y a trente ans. Nous citerons toutefois Blandin, Baudens, M. Maisonneuve, etc., qui ont dû à la mise en pratique de cette idée quelques beaux succès et l'heureuse modification de quelques procédés opératoires.

Mais à l'étranger, en Allemagne et en Italie surtout, la conservation du périoste a été prise en sérieuse considération par plusieurs chirurgiens. Textor la recommandait et la pratiquait dès 1840, et Larghi (de Verceil) a publié, il y a trois ou quatre ans, un travail plein de faits du plus haut intérêt, pour démontrer l'efficacité de la méthode (1).

En recherchant tous les motifs qui ont pu empêcher, jusqu'ici, les chirurgiens d'avoir rendu fécondes les données de la physiologie expérimentale, on reconnaît qu'ils se sont arrêtés devant les difficultés suivantes :

Ou bien ils n'ont eu qu'une confiance médiocre en la doctrine de Duhamel, ou bien ils ont jugé la conservation du périoste impraticable, ou bien ils ont pensé qu'elle était inutile, la maladie ayant privé cette membrane de son pouvoir réparateur.

C'est en effet devant ces trois difficultés qu'ont reculé les chirurgiens qui pratiquaient des résections; et c'est ce triple obstacle dont

---

(1) Nous renverrons, pour plus de détails sur l'historique de la question, à notre travail sur les moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os. Paris, 1858, Victor Masson; et Gazette hebdomadaire, 1858.

il faut démontrer le peu de fondement, si nous voulons faire prévaloir les idées que nous avons adoptées.

Nous devons donc démontrer clairement et mettre hors de doute trois choses principales, à savoir : que les opérations sous-périostées sont parfaitement rationnelles dans leur principe ; qu'elles sont toujours praticables, partiellement du moins, même dans les plus mauvaises conditions, et enfin que l'état de maladie des os n'annihile pas dans le périoste le pouvoir de les reproduire.

I. *Les résections sous-périostées sont basées sur un fait de physiologie expérimentale facile à démontrer, à savoir : que le périoste reproduit l'os, et ne peut être remplacé par les parties molles dans cette reproduction ; ce sont donc des opérations rationnelles.* — La plupart des expérimentateurs qui ont dirigé leurs recherches vers la détermination des conditions anatomiques de la reproduction des os ont reconnu que le périoste jouait le principal rôle. Quelques-uns même, et à leur tête M. Flourens, ont admis que cette membrane seule possédait le pouvoir de reproduire le tissu osseux. (Il admet cependant que la membrane médullaire peut le suppléer ; mais cette membrane dont nous n'avons pas encore pu constater l'existence, étant considérée par lui comme un périoste interne, le périoste n'en conserve pas moins à ses yeux le monopole de la reproduction de l'os.) Cette concordance dans les résultats obtenus pourrait être déjà suffisante, pour faire admettre la proposition que nous avons énoncée.

Nous avons cru devoir cependant reprendre ces expériences pour arriver à des résultats encore plus nets et plus saisissants. Nous nous sommes surtout attaché à faire des opérations comparatives. Nous les pratiquions deux par deux et sur le même animal, pour réaliser les conditions d'uniformité du milieu, qui doivent se trouver nécessairement dans toute expérimentation rigoureuse. Nous pratiquions d'un côté une résection par la méthode ordinaire, et de l'autre une résection sous-périostée.

C'est en poursuivant ces recherches que nous avons eu l'idée de la transplantation du périoste, et que nous avons démontré que l'on pouvait faire développer des os nouveaux partout où on réussissait à greffer cette membrane.

Voici les résultats généraux de nos expériences comparatives sur les résections ou les ablations complètes pratiquées sur le radius, le cubitus et les métatarsiens des lapins.

Dans une première série d'expériences, nous avons conservé avec le plus grand soin la totalité du tube périostal.

Dans une deuxième série, nous avons enlevé l'os avec la plus grande partie de sa membrane enveloppante, et nous laissions à dessein quelques parcelles de périoste dans des points déterminés.

Dans une troisième série, nous enlevions avec la plus grande attention la totalité du tube périostal; mais nous avions soin de n'enlever que le périoste et de conserver l'espèce de gaîne cellulo-musculaire qui l'entoure immédiatement. Nous séparions de l'os, en les coupant aussi près que possible de leur insertion, les ligaments et les tendons qui s'y attachaient.

Dans notre quatrième série, enfin, nous disséquions largement autour du périoste, et nous enlevions une couche plus ou moins épaisse (de 1 à 4 millimètres) des tendons et des muscles qui y étaient adhérents.

Le but des deux premières séries d'expériences se comprend suffisamment. Quant aux autres catégories, elles devaient avoir pour résultat de nous démontrer quelle part il fallait faire, dans l'acte reproducteur, à la couche qui entoure immédiatement le périoste et qui lui fournit en grande partie ses vaisseaux. Elles devaient aussi nous permettre d'apprécier si les extrémités des tendons qui s'implantent sur l'os avaient la propriété de fournir des exsudats ossifiables (1).

Voici d'une manière générale ce que nous avons obtenu dans ces cas différents :

Quand l'enveloppe périostale était complète, la portion d'os enlevée se reproduisait entièrement, et au bout d'un certain temps ; au niveau des diaphyses surtout, elle avait, à peu de chose près, la forme et les proportions de l'os ancien.

Dans nos expériences de la deuxième série, nous obtenions des noyaux ou des languettes osseuses correspondant exactement aux portions de périoste que nous avions laissées.

Dans celles de la troisième série, quand nous avions conservé avec soin la gaîne cellulo-musculaire sus-périostale, nous observions un cordon fibreux semé çà et là de quelques grains plus durs à demi ossifiés et correspondant en général aux extrémités de l'os (radius), là où nous avions, par une dissection attentive, séparé du tissu osseux les muscles et les ligaments qui s'y inséraient, là où il n'y a point de périoste distinct.

(1) L'extrémité des tendons, qui s'implante sur l'os, présente, chez quelques jeunes animaux, une structure particulière. On y observe mêlés aux faisceaux tendineux, soit des éléments analogues à ceux du blastème sous-périostal, soit même des cellules de cartilage.

Dans les cas de la quatrième catégorie enfin, c'est-à-dire dans ceux où le périoste avait été largement enlevé avec la couche celluleuse et une partie des muscles qui le recouvrent, nous n'avons jamais remarqué de production osseuse, si ce n'est le renflement ou la terminaison en pointe du bout de l'os réséqué.

Ces divers résultats expérimentaux démontrent clairement que le périoste ne peut pas être suppléé par les parties molles, pas même par la couche qui lui fournit immédiatement une partie de ses vaisseaux.

Nous avons également recherché s'il était important de conserver les parties fibreuses des articulations, ligaments et capsules, pour assurer la formation d'une articulation nouvelle et maintenir l'indépendance des deux portions d'os, supérieure et inférieure, nouvellement produites. Nous avons pu nous convaincre alors que le meilleur moyen d'empêcher l'ankylose et de reproduire la forme approximative de l'articulation était la conservation de toutes les parties saines (ligaments et capsules) qui contribuent à la former.

Tous ces résultats prouvent donc que les résections sous-périostées sont parfaitement rationnelles et inattaquables dans leur principe physiologique. Ils nous permettent d'établir que la reproduction des parties osseuses enlevées sera, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle à l'étendue du périoste conservé.

II. *Les résections sous-périostées sont toujours praticables, partiellement du moins, même dans les plus mauvaises conditions.*

Il ne faut pas juger de l'adhérence du périoste sur les os malades par les difficultés qu'on éprouve à le détacher des os sains. Quand le tissu osseux est enflammé, quand il subit des troubles de nutrition, sous l'influence d'une congestion aiguë ou chronique d'une nature quelconque, il devient moins adhérent à la membrane fibreuse qui le recouvre. C'est là un fait général qu'il faut avoir bien présent à l'esprit et qu'on ne doit pas nier parce qu'on rencontre quelques exceptions. Ces exceptions existent et il faut les connaître. Voici dans quelles conditions on les observe : quand l'inflammation de l'os est à l'état de déclin; quand des productions osseuses nouvelles se sont formées autour d'une partie cariée ou nécrosée; quand l'ostéite devient condensante, le périoste alors contracte, en certains points, des adhérences très-intimes avec l'os; mais, même dans ces circonstances défavorables, on peut, avec des précautions, en enlever la plus grande partie. En l'absence de ces cas, relativement peu nombreux, il est vascularisé, épaissi, moins adhérent, et par conséquent beaucoup plus facile à isoler.

Au niveau des arêtes osseuses, autour des têtes articulaires, sur les limites de l'insertion des tendons, il est normalement difficile à détacher, mais on y parvient en agissant avec précaution, et malgré quelques déchirures inévitables on en conserve la plus grande étendue. C'est en pareil cas surtout que sera très-utile l'instrument que nous décrirons tout à l'heure ou tout autre instrument analogue.

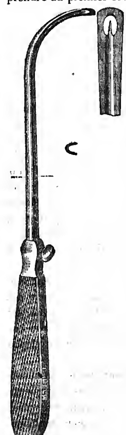
Indépendamment des modifications favorables qu'apporte l'état morbide, voici les différences que le périoste présente aux diverses époques de la vie.

L'importance de cette membrane variant avec les diverses époques de la vie, on doit s'attendre à des modifications parallèles dans ses caractères anatomiques. Epais, pourvu de nombreux vaisseaux et facile à décoller chez l'enfant, il est réduit à une lamelle fibreuse, d'épaisseur inégale et très-adhérente à l'os, en certaines régions, chez l'homme qui approche de l'autre extrême de la vie. Durant l'enfance et la jeunesse, les résections sous-périostées seront des opérations généralement faciles, s'il nous est permis d'en juger par ce que nous ont appris les opérations pratiquées sur le cadavre et les expériences sur les animaux vivants. Sur des sujets de cinq à neuf ans, nous avons extrait, sans faire subir la moindre perte de substance aux parties molles, la plupart des os du squelette, et le fémur lui-même, en conservant la totalité de son périoste et les capsules articulaires de la hanche et du genou. Une simple incision, selonla longueur de l'os, permet d'arriver à ce résultat, et, en la pratiquant sur le vivant du côté du membre où l'on n'a pas à craindre de léser les vaisseaux, l'opération deviendra presque aussi simple que sur le cadavre.

Passé l'âge de trente ans, les difficultés sérieuses peuvent être dues à l'adhérence du périoste; mais quelque réelles que soient ces difficultés, elles ne sont jamais insurmontables. Sur les cadavres des sujets de soixante ans et plus, on peut parfaitement conserver autour de la diaphyse des os longs la plus grande partie de l'enveloppe périostale.

Quand on veut vulgariser une opération nouvelle, il faut autant que possible ne faire entrer dans son manuel que les instruments les plus simples et les plus communs. Nous avons jugé nécessaire, cependant, de faire construire pour les résections sous-périostées un instrument spécial. Il y a, en effet, dans ces opérations deux temps d'une grande importance, et pendant lesquels il est indispensable de manœuvrer avec prudence et sûreté : nous voulons parler du décollement du périoste et de la section de l'os. Le premier temps

peut, sans doute, s'accomplir avec le tranchant ou le manche d'un scalpel, selon les cas ; mais l'opération devient d'une longueur excessive, et la forme cylindrique de l'os ne permet guère de faire agir profondément un instrument droit et rigide. Quant au second temps, il est aussi d'une grande importance, et si l'on ne veut pas perdre en partie le bénéfice du décollement du périoste, il est essentiel de protéger cette membrane contre l'action de la scie. C'est pour obéir à ces deux indications capitales que nous avons fait construire par M. Mathieu une *sonde rugine*, dont la gravure ci-jointe fera comprendre au premier coup d'œil la forme et les proportions.



Cet instrument se compose essentiellement d'une tige d'acier recourbée, de 15 à 16 centimètres, profondément cannelée le long de sa concavité. Cette tige est fixée sur un manche de bois, et se termine par une extrémité libre, aplatie, semi-tranchante, et large de 7 millimètres. Cette extrémité est destinée à détacher le périoste et à ruginer l'os là où son enveloppe fibreuse est trop adhérente. Une fois la dénudation opérée sur toute la circonférence du cylindre osseux, on passe la sonde entre le périoste et l'os. La convexité est du côté du périoste, et la concavité du côté de l'os. On introduit alors une scie à chaîne par la cannelure, et la sonde, restant en place, protége le périoste sans gêner les mouvements de la scie. L'instrument est recourbé près de son extrémité libre, pour s'accommoder à la conformation des diverses régions. A l'aide de cette courbure on peut décoller le périoste sur tout le pourtour des diaphyses, et de plus on peut manœuvrer dans les régions profondes et inégales, comme dans les régions planes et superficielles.

L'extrémité libre est percée d'un chas de navette, destiné à accrocher préalablement une anse de fil qui servira à conduire la scie à chaîne. Mais cette ouverture n'est pas indispensable, puisque, avec une aiguille courbe, on peut arriver au même résultat.

La longueur de la sonde, telle que nous l'avons indiquée, peut avoir de grands inconvénients dans certains cas, à cause de l'éloignement du point d'appui. C'est pour cela que nous l'avons rendue mobile dans le manche. On peut la diminuer de plus de la moitié. Une vis la fixe solidement dans la position voulue. Cette diminution de longueur de l'instrument est très-importante quand il faut employer de la force, et agir en même temps avec beaucoup de précaution. Sans cette modification on serait obligé d'avoir plusieurs instruments de différentes dimensions. Tel que nous venons de le décrire et que nous l'avons représenté, cet instrument est simple, commode et peu coûteux. Il simplifie même le manuel opératoire en répondant à la fois à plusieurs indications, et en remplaçant à lui seul les rugines, les périostotomes, les sondes cannelées, les sondes élévatoires, dont le chirurgien le plus ennemi du luxe instrumental ne pourrait guère se passer dans une opération laborieuse.

Notre *sonde rugine* a quelque analogie avec la sonde à résection de Blandin. Ce dernier instrument avait également pour but de protéger les parties molles contre l'action de la scie ; mais la disposition de la cannelure sur la convexité a de graves inconvénients à notre point de vue. Elle exige qu'on retourne l'instrument ; or, ce temps de l'opération est inexécutable dans certaines régions, et, dans les cas les plus favorables, il expose les parties molles et le périoste en particulier à des déchirures et à des tiraillements qu'il est important d'éviter. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau sel vermifuge : santonate de protoxyde de mercure.

Les propriétés vermifuges dont jouissent la santonine et les préparations mercurielles ont conduit un savant pharmacien italien, M. Pavesi, à obtenir ce nouveau sel. Pour atteindre ce but, il suffit de dissoudre séparément une partie de nitrate de protoxyde de mercure et une partie de santonate de soude dans quantité suffisante d'eau distillée ; de mélanger les deux dissolutions, de laisser le précipité reposer vingt-quatre heures et de le laver après l'avoir recueilli sur un filtre.

On obtient ainsi un sel blanchâtre d'apparence pulvérulente, mais formant en réalité des cristaux extrêmement petits, sans odeur, à saveur légèrement métallique, devenant un peu amer lors-

qu'il est broyé par les dents. Il est insoluble dans l'eau ainsi que dans l'alcool.

Méthode économique pour obtenir la sécaline ou résine de seigle ergoté.

Cette préparation, fort vantée par le docteur Parola dans le traitement de la phthisie pulmonaire, n'a pas été encore expérimentée en France; quelques essais qui nous sont propres nous engagent à appeler l'attention sur ce traitement et à reproduire le procédé formulé par M. Salli, pharmacien à Coni, pour la préparation de ce produit.

Ce procédé consiste à traiter une quantité donnée d'ergot de seigle pulvérisé avec l'alcool à 35 degrés, dans un appareil à déplacement, jusqu'à ce que le liquide passe presque décoloré; après l'avoir laissé égoutter, on soumet le résidu à une forte pression pour chasser le reste de teinture retenu par la poudre. On réunit ensuite les teintures dans un alambic bien étamé et on y ajoute environ 100 grammes d'eau distillée par 5 kilogrammes de teinture alcoolique, puis on distille au bain-marie ce liquide jusqu'à ce qu'on ait obtenu presque tout l'alcool employé. La résine, et l'eau dans laquelle est dissoute l'osmazone, étant refroidies, on jette le tout sur un filtre, et on verse sur ce filtre de l'eau distillée pour entraîner toutes les parties solubles; après l'avoir laissé bien égoutter, on enlève la résine avec une spatule, on lave le filtre avec un peu d'alcool pour ne point perdre du produit, on ajoute cette teinture à la résine déjà recueillie, et on concentre de nouveau au bain-marie jusqu'à consistance demi-solide.

On voit qu'on pourrait nommer ce produit *extrait alcoolique*, puisque l'éther a été exclu de sa préparation.

Nouveau procédé pour la préparation de l'iodure de sodium.

Quoique l'iodure de sodium ne soit pas encore entré dans la pratique courante, nous n'en croyons pas moins devoir consigner le nouveau procédé proposé par M. Gripkoven, pharmacien à Bruxelles.

Pr. Iode	12	parties.
Fer réduit	3	—
Eau distillée	32	—

Aussitôt que l'iode est dissous et que la liqueur est décolorée, versez dans le liquide non filtré une solution de :

Iode	6	parties.
Soude caustique à 37 degrés	12	—

Remuez et attendez jusqu'à ce que l'effervescence, produite par un peu d'acide carbonique que la soude pourrait avoir absorbé, soit achevée. Ajoutez alors par fractions :

Soude caustique..................... 9 parties.

Séparez la dernière portion d'oxyde de fer avec une solution de carbonate de soude. Essayez à plusieurs reprises avec du papier de tournesol rougi. Dès qu'une réaction alcaline devient manifeste, laissez reposer. Filtrez ensuite et évaporez à sec sans calciner. Faites dissoudre de nouveau dans partie égale d'eau distillée. Filtrez de nouveau et évaporez.

Ce procédé, comme celui de la préparation de l'iodure de potassium du même auteur, repose sur la facilité avec laquelle le protoxyde de fer enlève à l'iodate de soude son oxygène.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveau cas de fistule vésico-vaginale récente, guérie par l'emploi du pessaire à réservoir d'air.

Dans l'article que vous avez publié sur le traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes (*Bulletin de Thérapeutique*, juillet 1857), à propos de l'observation qui vous a été communiquée par le docteur Féron, d'un cas de fistule vésico-vaginale, avec protrusion de la muqueuse vésicale à travers la fistule, guérie par l'emploi du pessaire à air exclusivement, vous ajoutez ces mots : « Sans la protrusion de la muqueuse vésicale, le même résultat aurait-il eu lieu ? » Je réponds : oui, et voici une observation qui le prouve. Ce fait me paraît assez concluant pour que je vous le livre sans aucune réflexion ; il porte avec lui un enseignement qui pourra profiter à quelque confrère dans l'embarras.

Mme X*** est âgée de trente-six ans ; elle est forte, bien constituée, et n'a jamais eu de maladie grave ; elle a eu déjà cinq grossesses et cinq accouchements naturels ; enceinte pour la sixième fois, elle fut prise des douleurs de l'enfantement dans les derniers jours du mois de juin 1857. La sage-femme qui l'assistait, voyant que, malgré les douleurs fortes et rapprochées, la tête, engagée depuis plus de huit heures dans le bassin, restait immobile et enclavée, demanda mon concours. A mon arrivée, je trouvai Mme X*** dans une agitation extrême ; elle marchait avec peine, pliée en deux, les mains fortement appuyées sur les cuisses ; il lui eût été impossible

de se redresser. Je pratiquai le toucher : le col de la matrice était complétement effacé, et la tête, dans une bonne position, occupait déjà l'excavation du petit bassin; une tumeur sanguine très-volumineuse occupait le sommet de la tête, et prouvait combien les efforts d'expulsion jusque-là infructueux avaient dû être violents. Je proposai le forceps, qui fut refusé; je fis alors mettre la malade dans un bain, et pratiquai une forte saignée au bras, mais sans effet marqué; un trombus vulvaire se produisit rapidement, la grande lèvre du côté gauche se détendit et devint assez volumineuse pour rendre l'introduction du doigt très-difficile; j'obtins enfin la permission d'appliquer les fers, et je me hâtai de terminer l'accouchement. L'opération fut rapidement exécutée; au bout de quelques minutes, j'amenai, par des tractions douces et ménagées, un enfant très-volumineux, qui ne donna aucun signe de vie; la vessie, très-distendue, put alors être vidée avec la sonde, ce qui avait été impossible avant l'opération.

Quelques heures après la délivrance, il se déclara un frisson violent et prolongé, qui marqua le début d'une métro-péritonite intense, laquelle mit un moment les jours de la malade en très-grand danger, et fut efficacement combattue par un traitement antiphlogistique énergique. Le besoin d'uriner ne se faisant pas sentir, on dut employer la sonde plusieurs fois par jour, pendant plus d'une semaine; le neuvième jour, les urines ayant repris leur cours naturel, on cessa l'emploi de la sonde; la malade marchait rapidement vers la guérison, quand on s'aperçut que les injections détersives qu'on faisait matin et soir dans le vagin revenaient très-chargées, ayant une fort mauvaise odeur. Le quinzième jour, un morceau de muqueuse sphacelé fut entraîné, et immédiatement les urines passèrent en très-grande partie par le vagin. La malade étant encore trop faible pour se prêter à un examen nécessaire, je dus le renvoyer à un peu plus tard. Huit jours après, voici ce que je constatai : le besoin d'uriner se fait sentir de temps en temps, et alors une certaine quantité d'urine, 300 grammes environ par vingt-quatre heures, sort par l'urètre : le reste passe par la fistule, et sort par le vagin; dans la position horizontale, l'écoulement est continuel, et mouille abondamment les garnitures du lit; quand la malade se tient debout, ses urines sont retenues. J'explorai le canal vulvo-utérin avec le spéculum bivalve; il me fut impossible de découvrir le siége de sa perforation; j'étais sûr, néanmoins, qu'il en existait une, et comme j'étais persuadé qu'une opération serait nécessaire pour en obtenir la guérison, il fut convenu que j'écri-

rais à M. Jobert de Lamballe, dont l'habileté et les brillants succès dans cette triste infirmité sont connus de tous, pour le prier de vouloir bien se charger de cette opération délicate.

Le voyage était arrêté, quand je reçus l'article du *Bulletin de Thérapeutique* dont j'ai parlé plus haut ; il fut convenu qu'on ferait l'essai du pessaire Gariel ; mais je voulus, avant de l'appliquer, rechercher de nouveau le siége et l'étendue de la fistule ; dans ce but, après avoir placé la femme convenablement, je déprimai fortement en arrière, avec une large spatule, la paroi recto-vaginale; je fis écarter par la sage-femme, à droite et à gauche, les grandes et les petites lèvres, et j'arrivai ainsi sur une dépression que j'avais déjà constatée avec le doigt ; la fistule était à son centre ; elle avait une direction presque transversale, et siégeait à gauche de la ligne médiane de la paroi vésico-vaginale, plus près du col de la matrice que de celui de la vessie. Je fis pénétrer aisément par cette ouverture une sonde d'organe dans la vessie.

Cet examen terminé, j'introduisis sans désemparer un pessaire Gariel dont je m'étais muni à l'avance. Contrairement à la pratique ordinaire, je jugeai inutile d'établir par l'urètre une sonde à demeure dans la vessie, me réservant de recourir à ce moyen si cela devenait nécessaire ; à partir de ce moment, les urines passèrent à peu près entièrement par les voies naturelles; pendant une semaine environ, les linges placés sous la malade durant la nuit étaient encore un peu mouillés le matin, mais c'était très-peu de chose, en comparaison de ce qui avait eu lieu avant. Au bout de deux mois, quand déjà, depuis plus d'un mois et demi, il ne sortait plus une goutte d'urine par le vagin, le pessaire fut retiré ; la guérison a été complète et définitive. J'ajoute que le pessaire n'a pas été retiré une seule fois pendant toute la durée du traitement.

Est-ce là une guérison spontanée, comme MM. Morissot et Nélaton en ont vu des exemples, et comme il doit s'en produire quelquefois quand la perte de substance est récente et peu considérable ? C'est probable ; mais quand je considère combien la guérison a été rapide, et avec quel avantage les urines ont été retenues, une fois le pessaire en place, je me sens disposé à lui faire en grande partie les honneurs de la cure, et à proclamer son utilité.

D[r] Maruéjouls,
Médecin en chef des forges de Decazeville.

BIBLIOGRAPHIE.

De la stomatite ulcéreuse des soldats, et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthéritique, ulcéro-membraneuse, par le docteur E.-J. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule, chevalier de la Légion d'honneur.

S'il est un ordre de maladies qui témoignent de la nécessité d'une analyse minutieuse, pour arriver à les distinguer les unes des autres, même au simple point de vue anatomique, ce sont sans contredit celles qui frappent la membrane muqueuse bucco-pharyngienne. Nombreux sont les travaux qui, depuis M. Bretonneau, ont été consacrés à établir cette distinction ; et cependant, il faut le reconnaître tout de suite, M. Bergeron, le dernier venu dans cette carrière laborieuse, est encore parvenu sans subtilité à porter une nouvelle lumière dans ce chaos déjà si heureusement débrouillé. Ainsi que l'indique le titre de son livre, notre savant confrère se propose, dans ce nouveau travail, un double but, celui de décrire une maladie qui semble surtout frapper l'armée, et subsidiairement de démontrer l'identité de cette maladie avec la stomatite des enfants. Avant de suivre l'auteur dans la discussion des nombreuses et intéressantes questions qui se rattachent à ce double point de vue, nous lui demandons la permission de lui soumettre une simple observation relativement à l'origine de la stomatite ulcéreuse. Dans sa pensée, cette maladie serait d'une origine récente, presque contemporaine de ce siècle. Bien que nous admettions avec lui que la stomatite ulcéro-membraneuse, avec ses caractères précis, ne se trouve pas dans les anciens auteurs, pas même dans ceux du dernier siècle, nous conservons, nous l'avouerons, quelque doute sur l'assertion qui lui assigne une date si récente. Assurément, on comprend à merveille que la civilisation, variable dans son développement, en créant pour les hommes qui vivent en société des conditions différentes, soit quant à la vie morale, soit quant à la vie physique, entraîne des différences corrélatives dans la vie anomale, et que la pathologie réflète ces nuances plus ou moins profondément accusées ; mais ce serait s'exposer à créer une médecine toute de fantaisie que d'appliquer en nosologie trop légèrement cette conception, dont le premier inconvénient serait de frapper d'une stérilité complète les enseignements de la tradition ; et l'on doit ici d'autant plus user de circonspection à cet égard, qu'il s'agit de maladies d'un appareil où les nuances pathologiques sont si mêlées, si confuses, qu'aujourd'hui

même il est une foule de médecins, au jugement même de M. le docteur Bergeron, qui ne saisissent pas plusieurs de ces nuances. Ceci posé, n'est-il pas possible que les médecins antérieurs à ce siècle, qui n'apportaient pas à l'étude de la pathologie, et surtout au traumatisme pathologique, cette analyse rigoureuse, qui fait tout ensemble peut-être la supériorité et la faiblesse de la médecine contemporaine, n'est-il pas possible, disons-nous, que ces nuances que nous saisissons à peine leur aient échappé, et que ce que nous voyons ils l'aient vu, mais ne l'aient pas distingué? Mais en voilà assez sur ce point, et, ce scrupule historique exprimé, abordons plus directement la savante étude de notre très-distingué confrère, M. le docteur Bergeron.

M. Bergeron, dans sa monographie, fait une très-large part à l'étiologie, et il a raison. Il est vrai que, quand il s'agit d'une maladie qui frappe à la fois un grand nombre d'individus, nous nous heurtons presque infailliblement, dans la recherche des causes qui lui donnent naissance, à une inconnue, à un *quid divinum* sur lequel nos moyens d'investigation nous donnent à peine prise; mais, à côté de cette cause qui nous échappe, il y a quelquefois une cause secondaire que nous pouvons saisir, la contagion; il y a toujours, quoiqu'à des degrés variables, les causes prédisposantes qu'il est souvent facile de déterminer. M. Bergeron, après une étude attentive des influences diverses au milieu desquelles on voit éclater la stomatite, incline fortement à croire que c'est dans la condition de l'encombrement que s'élabore la cause efficace, immédiate, de la maladie; mais l'encombrement est une cause probablement très-complexe, suivant les éléments qui la constituent, puisque sous l'influence de cette cause peut naître également la fièvre typhoïde, la dysentérie, l'ophthalmie granuleuse, la stomatite, etc. Cette diversité d'effets révèle à coup sûr une différence dans les causes; quelle est cette différence? voilà ce qui jusqu'ici a échappé à tous les observateurs, et ce que M. Bergeron ne se charge pas, plus qu'un autre, moins qu'un autre même, avec son esprit circonspect, d'expliquer. Il reproduit même, à cet égard, une observation extrêmement remarquable et que nous croyons à notre tour devoir citer ici, en empruntant les expressions mêmes de l'auteur. « Le docteur Léonard, dit-il, rapporte [1] qu'au mois d'août 1834, un bataillon du 55e de ligne ayant reçu l'ordre de quitter Bone pour rentrer en France, des bâtiments marchands furent nolisés pour effectuer ce transport;

---

[1] *Recueil de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. LXV.

un bâtiment napolitain, entre autres, reçut cent vingt-cinq hommes; mais, par suite du mauvais temps, il resta dix-huit jours en mer, et, pendant tout ce temps, les soldats furent contraints de rester dans le navire, l'état de la mer ne leur permettant pas de monter sur le pont. Or les résultats de cet encombrement furent une épidémie de fièvre typhoïde à laquelle trente passagers succombèrent, et une épidémie de stomatite ulcéreuse dont furent atteints presque tous ceux que l'affection typhique avait épargnés. » M. Bergeron, en présence de ce fait et de quelques faits partiels analogues, qu'il eut lui-même occasion d'observer, fut fort tenté de voir dans la stomatite ulcéreuse une sorte de vaccination préservative de la fièvre typhoïde; mais cette tentation ne dura que le temps d'un rêve, et d'autres faits ne tardèrent pas à dissiper cette trop séduisante illusion. Quoi qu'il en soit, le fait n'en est pas moins extrêmement remarquable ; c'est ce qui nous a engagé à le consigner ici, dût-il rester éternellement stérile. Nous avons dit un mot tout à l'heure de la contagion de la stomatite ulcéreuse : M. Bergeron y croit fermement, il regarde même comme probable son inoculabilité. Les inoculations pratiquées sur lui-même, et sur quelques animaux, sous la direction de M. Leblanc, semblent, en effet, par leurs résultats, confirmer cette idée. Toutefois, ici encore, M. Bergeron, fidèle à sa méthode pleine de circonspection, n'ose pas affirmer d'une manière explicite.

Après l'étiologie, la partie de la monographie du médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie qui nous a paru traitée de la manière la plus complète est celle qui a trait au diagnostic de la maladie. Il est impossible, après cette lumineuse exposition, de confondre la stomatite ulcéro-membraneuse avec les affections dont le traumatisme local offre plus ou moins d'analogie avec les lésions bucco-pharyngiennes qui se rencontrent dans cette dernière. C'est ainsi que l'auteur saisit parfaitement la différence essentielle de ces lésions avec celles qui caractérisent l'angine couenneuse, l'angine commune, la stomatite grangréneuse, etc. Un mot cependant encore sur ces diverses points. Nous avons été étonné, en lisant cette monographie substantielle, de n'y avoir point vu figurer le nom de M. Gubler. Ce médecin, aussi sagace que laborieux, a publié dans ces derniers temps un travail remarquable entre tous, et où il s'efforce d'établir la distinction fondamentale qui existe entre l'angine couenneuse et l'angine commune ou *herpès guttural*. Pour qui a étudié cette intéressante question à la lumière des recherches de ce jeune et savant observateur, il est impossible de méconnaître tout ce qu'il y a là d'exact et de vrai. Nous pensons que cette

forme d'angine est essentiellement distincte de la stomatite ulcéreuse; mais il y a, entre certaines formes de ces deux maladies, quelques points de contact dont il fallait prévenir les observateurs, afin de les mettre à même d'éviter une confusion possible. De même M. Bergeron a très-bien établi que la stomatite ulcéro-membraneuse ne doit pas être confondue avec la stomacace ou stomatite grangréneuse; mais il nous semble qu'on pouvait mettre en plus vive saillie cette distinction, en établissant que, dans la première de ces maladies, s'il y a mortification d'une portion superficielle des tissus frappés, cette mortification est l'effet même du traumatisme local, tandis que dans la seconde, le mal, le *processus* morbide procède, *à tergo*, naît d'une altération profonde de la constitution qui conclut à la gangrène locale, comme tout à l'heure elle conclura à la mort.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons ce coup d'œil beaucoup trop général jeté sur cette excellente monographie, M. Bergeron établit nettement le traitement vraiment spécifique de cette maladie, en montrant l'influence rapide, souverainement efficace, du chlorate de potasse. Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur ce point : les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* connaissent depuis longtemps déjà l'efficacité de cet agent précieux, que ce journal a été un des premiers à remettre en honneur. Depuis cette époque, de nombreuses applications en ont été faites, qui n'ont que confirmé cette première appréciation. On sait aujourd'hui que non-seulement le chlorate de potasse est le remède par excellence de la stomatite ulcéro-membraneuse, mais qu'il ne déploie pas une moins merveilleuse efficacité dans la stomatite mercurielle. Nous ne savons si M. Bergeron a parlé de ces aphthes sporadiques qui naissent souvent au milieu de la santé la plus parfaite, et qui semblent se lier à l'action topique de certaines substances alimentaires. Rien ne ressemble plus que ces aphthes à la lésion locale de la stomatite ulcéro-membraneuse, dont ils sont en quelque sorte la miniature : accident essentiellement éphémère, le jeu normal de la vie suffit constamment à le faire disparaître; c'est donc à peine si un pareil accident appelle, justifie l'intervention de la thérapeutique. Toutefois, nous avons plus d'une fois observé de ces aphthes qui, par leur tendance à se reproduire pendant une certaine série de jours, ou par l'excessive sensibilité dont ils sont le siége, justifieraient tout autant que certains troubles accidentels de l'économie cette intervention. Nous nous sommes demandé si, dans ce cas, le chlorate de potasse, soit topiquement appliqué, soit à l'intérieur, montrerait encore sa souveraine efficacité. Puisque nous avons dit un mot des aphthes, nous

rappellerons que le moyen le plus sûr de faire disparaître l'excessive sensibilité qu'ils présentent parfois, c'est, tout le monde le sait, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. C'était là aussi un des moyens qu'on employait le plus souvent pour combattre la stomatite ulcéro-membraneuse avant la réhabilitation du sel de potasse dans la matière médicale contemporaine : M. Bergeron a lui aussi usé de cette méthode, ne fût-ce que pour en comparer l'efficacité avec celle qu'il préconise, et l'expérience a rigoureusement établi que la rapidité de la médication dans les deux cas ne saurait être contemporaine; il conclut donc sans hésitation à la proscription du sel lunaire dans le traitement de la maladie dont il a fait l'objet d'une étude si attentive. Nous ne serions pas tout à fait aussi exclusif; et quand, dans la stomatite ulcéro-membraneuse, les ulcérations sont, comme il arrive assez souvent, le siége d'une bien vive douleur, nous voudrions qu'en attendant l'action spécifique du chlorate de potasse on tentât au moins d'amoindrir, d'éteindre cette sensibilité anomale, en touchant les tissus mis à nu avec le crayon de nitrate d'argent, qui, par son action chimique sur les liquides baignant l'ulcération, développe à leur surface une sorte de surtout épidermique artificiel qui protége la sensibilité. Ce n'est pas sans quelque pudeur que je signale dans le livre de notre savant confrère ces taches microscopiques; mais cette critique, qui s'égare ainsi sur les infiniment petits, n'est-ce pas le plus délicat éloge qu'on puisse faire d'un livre? Je suis sûr que déjà M. Bergeron m'a répondu.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du traitement de la névralgie sciatique par la cautérisation transcurrente. — On sait, et les lecteurs du *Bulletin* ne l'ont certainement pas oublié, l'extension que Valleix avait donnée à la cautérisation transcurrente en tant que méthode de traitement de la névralgie sciatique et des névralgies en général. Il serait à craindre pourtant que cette méthode ne vînt à être oubliée; car elle a quelque chose d'effrayant pour les malades, et les médecins eux-mêmes ne sont pas parfaitement rassurés en ce qui touche l'emploi du feu. C'est donc avec plaisir que nous allons faire connaître les bons effets que M. Monneret a obtenus de cette médication pendant l'année 1858. Sur treize malades entrés dans son service pour une névralgie sciatique, le savant médecin de l'hôpital Necker ne compte

pas moins de dix guérisons par la cautérisation transcurrente : les uns ont guéri après une seule cautérisation, d'autres après deux cautérisations, d'autres enfin après plusieurs cautérisations successives. Des trois autres, deux éprouvaient une grande amélioration après deux cautérisations ; mais les douleurs ont reparu à la suite d'une douche froide, et le troisième, chez lequel il n'a pas fallu moins de six cautérisations, peut être jusqu'à un certain point considéré comme guéri.

A l'appui de cette médication, nous rapporterons les deux faits suivants, que nous empruntons au service de M. Monneret.

Obs. I. *Névralgie sciatique gauche datant d'un mois*; *guérison par une seule cautérisation transcurrente.* — E*** (Martin), vingt-sept ans, carrier, entre à l'hôpital, le 16 novembre 1858, pour y être traité d'une sciatique gauche, salle Saint-Jean, n° 1. Le malade, d'une constitution pléthorique, n'a jamais eu d'autre maladie. Il y a deux ans, il fut pris d'une douleur sciatique à gauche; cette douleur, qui était vive surtout à la hanche et à la malléole externe, disparut après l'application de deux vésicatoires. Le malade attribua ces douleurs à son habitation, qui est très-humide, et à sa profession, qui le force de travailler souvent les pieds dans l'eau.

Il y a un mois, après une grande fatigue, les douleurs reparurent graduellement dans le membre abdominal gauche, à la hanche, à la cuisse, à la jambe, et au niveau de la malléole externe. Les points douloureux principaux sont : pour la hanche, au niveau de l'articulation sacro-iliaque et un peu au-dessus de l'échancrure sciatique; pour la cuisse, un peu au-dessous de l'échancrure sciatique, au niveau du grand trochanter et à la partie inférieure de la cuisse, un peu au-dessus des condyles du fémur; pour la jambe, le long du bord antérieur du péroné et en avant de la malléole externe. On ne note aucun point douloureux au jarret et au pied.

Ces douleurs s'exaspèrent par la pression, par les mouvements du membre, par la toux, par la station assise; le décubitus sur le côté malade est impossible, à cause des douleurs qu'il fait naître. La marche est gênée, elle n'a lieu qu'avec une claudication marquée; elle exaspère les douleurs et est suivie d'élancements, de fourmillements et de sensation de froid au pied. Les douleurs s'exaspèrent le soir et pendant la nuit, de sorte que le sommeil est presque nul.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente les symptômes précédents; on le laisse reposer un jour.

Le 18 novembre, M. Monneret pratique la cautérisation transcurrente avec le fer en hache bien rouge; il trace six raies à la hanche, au niveau des points douloureux, et s'étendant jusqu'à la partie inférieure de la cuisse; il en pratique trois sur la région externe de la jambe, et trois autres au niveau de la malléole externe, en joignant les raies tracées à la jambe. Immédiatement après l'opération, le malade est envoyé au bain.

Les douleurs occasionnées par la brûlure sont un peu vives et con-

sistent en un sentiment de cuisson. Le même jour, les élancements diminuent de fréquence et les fourmillements sont moins intenses. Le lendemain, le malade marche pendant quelques instants dans la salle, et la claudication est moindre que les jours précédents ; il va seul au bain, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération. Le sommeil n'est interrompu qu'une fois ou deux par les élancements. Le troisième jour, on ne note plus qu'une très-légère douleur à la hanche ; celles de la malléole, de la jambe et de la cuisse ont entièrement disparu. La marche est encore un peu gênée et claudicante, mais elle n'est plus suivie de fourmillements ni d'élancements ; le sommeil n'est pas interrompu. Le quatrième jour, plus de douleurs ; le malade marche avec plus de facilité que la veille ; l'amélioration se maintient. Il sort guéri de l'hôpital le 23 novembre.

Obs. II. *Névralgie sciatique gauche, datant de cinq ans. — Six cautérisations transcurrentes. — Guérison presque complète.* — L*** (Claude), âgé de soixante ans, ouvrier en produits chimiques, bien constitué, entre à l'hôpital le 5 décembre 1858, salle Saint-Jean, n° 1. Il n'a jamais été malade ; quelques douleurs articulaires légères, presque sans gonflement, au poignet et au genou droits, se sont montrées il y a cinq ans. A cette époque, parut la première attaque de sciatique. Les douleurs furent très-violentes ; elles occupaient la hanche gauche, la fesse, et s'irradiaient jusque dans le creux du jarret ; il y avait des élancements fréquents, des fourmillements, un sentiment de froid surtout au pied. Le malade ne sentait pas sa jambe. La douleur augmentait par la pression et la station assise ; la marche était impossible. Un médecin lui fit appliquer douze ventouses sur la hanche, deux vésicatoires, et lui fit prendre des bains de vapeur. Après sept semaines de maladie, les douleurs diminuèrent et cessèrent presque entièrement. La marche resta claudicante pendant un mois, et le malade fut forcé de se servir d'une canne pendant deux mois.

A son entrée à l'hôpital, le 5 décembre 1858, le malade se plaint d'une nouvelle douleur qui a paru il y a trois semaines, douleur beaucoup plus forte qu'il y a cinq ans ; elle occupe tout le membre gauche, elle augmente par la pression. Les points douloureux sont : pour la hanche, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, au milieu de la crête iliaque et près de l'épine iliaque postérieure et supérieure ; pour la cuisse, au niveau de l'échancrure sciatique et aux environs du grand trochanter, ainsi qu'à la partie postérieure moyenne de la cuisse ; pour le creux poplité, le long de son bord externe, au côté externe du genou ; pour la jambe, au devant de la tête du péroné, le long et en avant du péroné dans toute sa hauteur, ainsi qu'au côté interne du mollet et en arrière de la malléole externe ; pour le pied, toute la plante du pied. Cette douleur s'exaspère par les mouvements du membre, par la toux, l'éternument, par la marche. Celle-ci n'a lieu qu'avec une claudication très-marquée ; elle est suivie de fourmillements intenses au pied et à la jambe, de picotements, et d'un véritable engourdissement. Le sommeil est interrompu à chaque instant par les élancements ;

le décubitus sur le côté malade est impossible, car il fait naître de vives douleurs. Toutes les fonctions générales sont normales. Le malade rapporte sa maladie à l'état de garçon marchand de vins, qu'il a exercé pendant deux ans et qui le forçait d'avoir presque constamment les pieds dans l'eau froide; de plus le logement qu'il habite est situé au rez-de-chaussée et est très-humide.

Le 7 décembre. Après deux jours de repos, M. Monneret pratique la cautérisation avec le fer rouge; il applique trois raies de feu s'étendant de la hanche au genou, et suivant le trajet du nerf, puis trois raies s'étendant, du côté externe de la jambe, depuis le jarret jusqu'à la malléole externe.— Un bain simple, une heure après la cautérisation.

Cette première cautérisation ne produit aucun effet; les douleurs sont toujours aussi fortes, les points douloureux n'ont pas diminué, la claudication est la même, le sommeil n'existe pas encore.

Le 15. Deuxième cautérisation, trois raies de feu à la cuisse, depuis la hanche jusqu'au jarret; trois autres raies depuis le jarret jusqu'à la malléole externe. — Un bain simple. Les douleurs sont un peu moins fortes, les élancements plus rares; mais, pendant la nuit, on note autant de fourmillements et de picotements.

Le 18. Troisième cautérisation, deux raies de feu à la cuisse, mais seulement dans sa partie supérieure; deux autres raies de feu sur la face dorsale du pied, dans la direction du premier et du second orteil. — Un bain simple. Les douleurs diminuent encore, le marche est un peu plus facile, mais l'amélioration marche lentement.

Le lundi 20. Quatrième cautérisation, deux raies de feu à la partie supérieure de la cuisse, une raie le long du péroné, et deux autres raies au pied, le long du troisième et du quatrième orteil. — Un bain sulfureux. — Les douleurs diminuent le même jour d'une manière notable, les mouvements du membre ne déterminent plus autant d'élancements. Le sommeil est moins troublé; la marche est plus facile et la claudication très-légère.

Le mercredi 22. Cinquième cautérisation, deux raies de feu à la hanche et deux autres raies le long du péroné, qui sont les seuls endroits douloureux.—Bain sulfureux, une heure après.—Les douleurs deviennent encore plus faibles le même jour; le lendemain et les jours suivants, elles diminuent encore, de sorte que le mercredi 28, il n'y a plus qu'un léger fourmillement au pied, les douleurs ont disparu; la marche est moins gênée, moins fatigante, et n'est pas suivie de douleurs. Quoique encore à l'hôpital à cette époque, il peut être considéré comme guéri.

Rappelons maintenant la manière dont il faut pratiquer la cautérisation transcurrente. Elle exige une main exercée, car elle doit être très-légère et ne faire qu'effleurer la peau, de manière à y dessiner des lignes brunâtres sans entamer le derme; elle se fait au moyen d'un cautère en hache rougi à blanc; on le porte rapidement sur le trajet de la douleur, tantôt d'une manière continue

quand la sciatique est bornée, tantôt en plusieurs fois quand la maladie a envahi tout le membre. Si l'affection est ancienne et intense, il n'y a pas d'inconvénient à porter le fer dans toute la hauteur du membre. Presque toujours M. Monneret pratique trois ou quatre cautérisations s'étendant depuis la hanche jusqu'au côté externe du jarret; si la jambe est douloureuse, il en pratique autant depuis la tête du péroné jusqu'à la malléole externe. A son niveau, il cautérise légèrement en avant et en arrière, suivant le trajet de la douleur. Au pied, il se contente de deux ou trois raies. Si, après trois ou quatre jours, les douleurs n'ont pas diminué, il recommence la cautérisation en plaçant les raies nouvelles non loin des premières; si la douleur a disparu dans certains points, il se contente de brûler là où elle persiste. Il faut du reste remarquer que les points douloureux ne disparaissent pas, si la cautérisation a été trop éloignée; on renouvelle les cautérisations jusqu'à ce que les douleurs finissent par disparaître. Il y a des sciatiques rebelles qui ne cèdent qu'après sept ou huit cautérisations.

Examinée immédiatement après la cautérisation, la brûlure offre un très-léger relief brunâtre avec un liséré blanc de chaque côté et un fond rouge s'étendant à la distance d'environ 1 centimètre. La douleur qu'elle occasionne n'est pas très-vive, elle n'augmente pas par les mouvements du membre; elle n'est guère sensible que pendant les premières heures qui suivent l'opération. Au bout de cinq ou six jours, l'épiderme brûlé tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, unie, sans cicatrice, et à la longue la peau reprend son aspect normal.

Chez beaucoup de malades, les douleurs de sciatique perdent de leur intensité le jour même de la cautérisation ou le lendemain; les fourmillements sont moins intenses, les élancements moins fréquents; la claudication diminue, et la marche est moins gênée; les malades dorment mieux et ne sont plus réveillés qu'une ou deux fois par les douleurs. Celles-ci diminuent graduellement les jours suivants, de sorte que dans l'espace de cinq à dix jours la guérison est complète. Chez d'autres malades, après une première cautérisation, il n'y a qu'une amélioration légère; il faut alors recommencer au bout de quelques jours, et la guérison n'arrive qu'après la seconde cautérisation. Chez certains malades enfin, il faut renouveler la cautérisation cinq, six, et même sept fois, pour arriver à un bon résultat; mais cela n'a lieu que dans les cas où la névralgie est ancienne et très-intense.

Dans la majorité des cas, la guérison arrive après la seconde cau-

térisation, et souvent même, surtout quand la maladie est bornée soit à la cuisse, soit à la jambe, et que c'est la première attaque, il suffit d'une seule cautérisation pour la faire disparaître. M. Monneret fait prendre à ses malades un bain simple ou un bain sulfureux immédiatement après la cautérisation; ces bains sont continués tous les deux jours.

Quel que soit le traitement qu'on ordonne, on doit placer les malades dans de bonnes conditions hygiéniques; on les préservera surtout du froid humide et des variations atmosphériques, on leur fera porter un caleçon de flanelle et des vêtements chauds.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Angine scarlatineuse *traitée par l'iode.* C'est à la fois un traitement préventif et un traitement curatif que M. le docteur Reeves a entendu constituer, en administrant les préparations d'iode indistinctement chez tous les scarlatineux, qu'ils n'aient pas encore ou qu'ils aient déjà l'angine. Voici de quelle manière il met ce mode de traitement en usage : il applique les préparations d'iode par trois voies simultanément; il barbouille le gosier de teinture d'iode, frictionne à l'extérieur les parties latérales du cou avec une pommade iodée, et donne à l'intérieur une mixture iodée. Il fait remarquer seulement que les préparations d'iode, pour l'usage externe, sont ordinairement trop actives; et il ne met, pour la teinture que de 1 gramme à 1 gramme 1/2 d'iode sur 32 grammes de véhicule; pour la pommade, que de 5 à 7 grammes d'iode sur 32 grammes d'axonge.

Quant à la mixture, elle est ainsi composée :

Pr. Iodure de potassium..	1	gramm.
Iode..................	10	centigr.
Chlorate de potasse...	4	gramm.
Nitrate de potasse.....	6	—
Solution aqueuse de potasse..............	4	—
Eau..................	240	—

à prendre par cuillerées à café, ou par cuillerées à bouche (selon l'âge), toutes les quatre heures.

M. Reeves ajoute que l'angine critique et périodique, qui, chez tant de personnes, reparaît régulièrement deux ou trois fois par an, est efficacement influencée par l'usage de cette mixture uni aux inhalations iodées. Il dit avoir vu souvent, grâce à ce traitement, non-seulement l'amygdalite se terminer plus vite que sous l'influence des médications ordinaires, mais encore les attaques périodiques d'angine cesser d'une manière définitive. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon*, août 1859.)

Café. *Son mode d'action dans l'asthme.* « Une des maladies contre lesquelles le café a été employé et est familièrement encore, avec le plus de succès, tous les jours, c'est l'asthme nerveux périodique, » disent MM. Trousseau et Pidoux, qui appuient cette recommandation en faveur de la fève de l'Yémen du témoignage de Musgrave, Robert Bree, Pringle, Percival, Floyer, Laënnec. M. Hyde Salter, médecin de Charing-Cross-Hospital, qui a écrit une histoire clinique de l'asthme (*Med. chirurg. Rev.*, juillet 1858 et 1859), recommande à son tour le café dans cette affection : il cherche à en interpréter l'action par ce double fait, d'une part, que le sommeil favorise l'asthme; que, suivant ses expressions, le spasme des tubes bronchiaux a moins de tendance à se produire dans l'état de veille, quand la volonté et les sens sont actifs, que pendant l'insensibilité et la léthargie du sommeil; et, d'autre part, que le café est un excitant énergique des fonctions nerveuses de la vie animale. Sans suivre l'auteur dans ses explications théoriques, bornons-nous à exposer les résultats pratiques que lui a fournis son expérience. Le café, dit-il, soulage l'asthme dans

les deux tiers des cas où il est employé ; le soulagement est d'ailleurs très-inégal, tantôt purement temporaire, tantôt très-léger, d'autres fois complet et permanent. Pris à jeun le matin, il a beaucoup d'efficacité; les malades disent qu'avant d'avoir pris leur café, ils ne sont capables de rien et peuvent à peine faire un mouvement, tandis qu'après l'ingestion ils recouvrent immédiatement la liberté de la respiration et la faculté de reprendre leurs occupations journalières. Pour produire tous ses effets, il doit être pris extrêmement fort, dans l'état de vacuité de l'estomac, sans sucre ni lait, et le plus chaud possible. (*Edinburgh med. Journ.*, juin 1859.)

Chorée (*Deux cas de*) *dans des conditions opposées de l'organisme, traités l'un par l'arsenic, l'autre par le fer.* Nous avons publié, dans notre collection, un grand nombre de mémoires et d'articles relatifs à la chorée et à son traitement par des moyens divers, qui tous comptent en leur faveur des succès plus ou moins nombreux. Est-ce à dire pour cela que, partisans d'un empirisme aveugle, nous ayons voulu présenter les diverses médications de la chorée comme également recommandables, comme également utiles, sans distinction des cas, comme pouvant être employées indifféremment, tantôt l'une, tantôt l'autre, et comme au hasard? Evidemment il n'en est rien ; et, si nous avons fait connaître les succès dus à l'oxyde de zinc, au selin des marais, à la strychnine, à la belladone, à l'arsenic, etc., c'est que nous nous proposions de fournir des matériaux à l'étude du traitement de la chorée, étude qui, pour cette maladie comme pour beaucoup d'autres, est loin d'avoir dit son dernier mot. De ce que des médicaments si divers, si différents par leurs propriétés et par ce qu'on sait de leur mode d'action, ont tous procuré des guérisons, de ce qu'il est arrivé, de ce qu'il arrive tous les jours que des médicaments, les uns réussissent là où d'autres ont échoué, il est rationnel d'induire qu'il y a sans doute, dans les conditions de l'état morbide désigné sous le nom de chorée, des différences qui nous échappent encore et qui réclament tel de ces médicaments, de ces moyens, à l'exclusion de tels ou tels autres. L'histoire thérapeutique de la chorée n'est pas encore assez avancée pour que ces différences soient actuellement dégagées à l'œil du praticien, et c'est à les dégager, ce nous semble, que doivent s'appliquer les recherches des thérapeutistes. Mais en attendant que ce progrès si désirable soit réalisé, il y a lieu de ne pas oublier que l'état constitutionnel des malades doit fournir et fournit en effet une source d'indications qui ne saurait être négligée. Nous trouvons un exemple à l'appui de cette proposition, dans la comparaison de deux cas traités simultanément par M. Willshire, dans son service de Charing-Cross-Hospital, et dont les sujets présentaient un contraste frappant. L'un était une jeune fille de quinze ans, atteinte de chorée depuis plusieurs années, à la suite de la mort de son père; elle était pâle, maigre, anémique, d'un tempérament nerveux. L'autre malade, prise de chorée depuis quatorze jours seulement, à la suite d'une frayeur, était d'un teint rose et frais, d'une complexion strumeuse, et très-impressionnable. Ni dans l'un ni dans l'autre cas, il n'existait d'affection cardiaque ni d'antécédents rhumatismaux. La dernière fut d'abord traitée par le zinc et la valériane qui, après avoir produit de bons résultats pendant quelque temps, laissèrent ensuite la maladie stationnaire; à ces médicaments fut alors substituée la liqueur de Fowler, à la dose de 5 à 10 gouttes par jour, et avec avantage, car la maladie marcha rapidement vers la guérison. Chez l'autre jeune fille, en raison de l'état anémique qu'elle présentait, la maladie fut attaquée différemment, et ce fut le fer qui fit les frais de la cure. Selon M. Willshire, l'arsenic serait le médicament le plus avantageux dans la grande majorité des cas de chorée; il serait bien supérieur au zinc, et digne d'être expérimenté sur une grande échelle; les doses doivent être faibles, et il n'est pas nécessaire de les continuer longtemps, car les symptômes cèdent avec rapidité à l'influence de cet agent, et ne tardent pas à disparaître. (*Lancet*, juillet 1859.)

Cicatrices et moignons douloureux (*Application de la méthode des incisions sous-cutanées au traitement des*). La cicatrice douloureuse se présente, la plupart du temps, dans des points où la peau se trouve en contact avec le périoste, comme au niveau de la partie inférieure du péroné, ou à la face interne du tibia. En général, les plaies qui surviennent dans un de ces points ne sont pas plus douloureuses qu'ailleurs ; mais,

assez fréquemment, il n'en est plus ainsi après la formation de la cicatrice, qui peut devenir le siége de douleurs extrêmement vives. Cela tient à ce que, dans le travail réparateur, les bourgeons charnus s'élevant de la surface du périoste, le tissu inodulaire qui en résulte adhère à cette membrane; d'où il suit que la peau ayant perdu sa mobilité au niveau de la cicatrice, il se produit des tiraillements à chaque mouvement du membre, à chaque contraction musculaire. On a coutume de combattre la cicatrice douloureuse par l'incision, et surtout par l'excision de cette même cicatrice; mais le plus souvent, il n'en résulte qu'un soulagement temporaire, la cicatrisation de la plaie, chirurgicalement produite dans un but thérapeutique, devant se faire dans les mêmes conditions, et pouvant être suivie, par conséquent, des mêmes accidents au bout d'un temps plus ou moins long. Ce sont ces considérations, développées dans une leçon par M. H. Hancock, de Charing-Cross-Hospital, qui ont conduit ce chirurgien à essayer de la séparation sous-cutanée de la cicatrice d'avec le périoste, en cherchant ensuite à prévenir la reproduction de l'adhérence. Voici un cas où cette méthode a été mise en usage :

Mme B***, à l'âge de trente ans, vit sa santé compromise par suite d'une suppression de règles; elle fut, pour ces accidents, plusieurs fois saignée à la jambe. Après la dernière saignée, il survint, dans le point où cette opération avait été pratiquée, de la douleur qui fut combattue par des sangsues et des lotions, mais sans succès. Au contraire, les souffrances augmentèrent et persistèrent pendant trois ans, résistant aux divers traitements mis en œuvre par les chirurgiens les plus recommandables. M. Liston, consulté alors, pratiqua l'excision au point douloureux, et, la plaie guérie, Mme B*** se trouva délivrée pendant une période de quatorze ans. Puis la douleur reparut au même endroit, extrêmement vive, persistante, rebelle aux moyens employés; ni tuméfaction, ni rougeur. Un chirurgien de renom excisa la cicatrice, et cette opération fut suivie d'un soulagement complet qui dura seize mois. Au bout de ce temps, retour de la douleur, nouvelle excision, nouveau soulagement, qui, cette fois, ne se prolongea que six mois. Ce fut alors que Mme B***, en proie à des douleurs extrêmes et à une insomnie qui minaient sa santé, et hésitant à se soumettre encore à un moyen qui ne lui avait pas procuré une guérison durable, fut présentée à M. Hancock. Ce dernier, frappé de ce fait, que la douleur ne reparaissait qu'après la formation de la cicatrice, et remarquant que celle-ci était adhérente au périoste, et tout à fait dépourvue de mobilité, eut l'idée de recourir à l'incision sous-cutanée du tissu inodulaire, et de prévenir ensuite la réadhésion à la membrane sous-jacente en imprimant chaque jour des mouvements à la peau, soit en avant, soit en arrière, selon qu'il serait jugé convenable. L'opération fut pratiquée en septembre 1857, à l'aide du ténotome ordinaire; le tissu divisé avait la dureté du cartilage. Les suites de l'opération furent très-simples; le traitement reçut la direction qui vient d'être indiquée. Depuis, Mme B*** n'a plus éprouvé aucune souffrance :

M. Hancock pense que, dans un certain nombre de cas, les douleurs qui se manifestent dans le moignon, plus ou moins de temps après l'amputation, sont le résultat d'une cause semblable, c'est-à-dire de l'adhérence de la cicatrice cutanée avec la cicatrice osseuse, et que, par conséquent, la même méthode de traitement serait alors applicable. Il y a eu recours dans un cas dont voici l'analyse :

M. H***, trente ans, entrée à Charing-Cross Hospital, le 30 novembre 1858. A dix ans, maladie de l'articulation fémoro tibiale gauche. A quatorze, tuméfaction du genou, avec douleur très-vive; ponction qui ne donne issue qu'à du sang. A seize ans, première menstruation, puis disparition des règles, qui ne se rétablissent que deux ans après, avec irrégularité. A dix-sept ans, chute, blessure grave du genou, amputation à Royal-Free-Hospital. Après la guérison, nouvelle chute sur le moignon, réouverture de celui-ci, issue de l'os à travers la plaie, résection de cet os dans une longueur de deux pouces. Bon état pendant quatre ans. A cette époque, douleurs très-vives, paraissant à la malade avoir leur siége dans la partie du membre dont elle avait été privée par l'amputation, s'accroissant de jour en jour, et devenant enfin intolérables. Après l'entrée à l'hôpital, M. Hancock, ayant examiné le moignon, reconnut qu'en un point la cicatrice était adhérente à l'os réséqué par une bride très-dense, comme cartilagineuse, longue d'environ 3/4 de pouce, et que l'extrémité du nerf, considérablement

renflée, adhérait également à l'os, au moyen de cette bride, où elle était incarcérée. L'excision des bouts incarcérés des nerfs n'ayant pas, dans d'autres occasions, procuré au chirurgien des résultats satisfaisants, et le cas actuel lui paraissant favorable, il résolut de recourir à l'incision sous-cutanée. Le 11 décembre 1858, la cicatrice fut dégagée de son adhérence à l'os au moyen du ténotome. Les jours suivants, on eut soin d'imprimer des mouvements aux parties molles, afin d'empêcher une nouvelle adhérence. Depuis, disparition des douleurs; le moignon, plissé avant l'opération, est devenu arrondi et s'est garni de tissu adipeux.

L'application de la méthode des incisions sous-cutanées au traitement des cicatrices et des moignons douloureux s'appuie sans doute sur une appréciation exacte de la cause des douleurs, au moins dans un certain nombre de cas. Reste à savoir si les résultats de l'opération ainsi conçue et exécutée répondront exactement aux vues et à l'espoir du savant chirurgien anglais. Malgré les manœuvres destinées, dans sa pensée, à prévenir la réadhésion du tissu cicatriciel aux parties sous-jacentes non mobiles, est-il sûr que l'adhérence ne puisse pas se reproduire? Et si elle se reproduisait, le soulagement serait-il autre chose que temporaire, exactement comme après l'emploi des autres méthodes opératoires? C'est à l'expérience ultérieure qu'appartient la solution de ces questions. (*Lancet*, juillet 1859.)

Erysipèle (*Perchlorure de fer et toniques dans l'*). L'emploi des toniques dans le traitement de l'érysipèle est loin d'être une pratique nouvelle, et nous savons que Selle, Cullen, Stoll y avaient recours dans un grand nombre de cas de cette maladie; nous savons que Chomel et M. Blache, dans leur article du Dictionnaire de médecine, recommandent les agents de cet ordre, lorsqu'il survient dans le cours de l'érysipèle des symptômes d'adynamie. C'est là, d'ailleurs, une indication que tout médecin judicieux, expérimenté et attentif saura toujours saisir et remplir de lui-même. Quant au perchlorure de fer, quel rôle joue-t-il dans la cure de l'érysipèle? Est-ce celui d'un tonique, au même titre que le quinquina, au même titre que tout médicament reconstituant ou névrosthénique? Ou bien doit-on lui attribuer une autre action? C'est une question obscure, comme la plupart de celles qui sont relatives à la manière d'agir des agents thérapeutiques, et nous ne chercherons pas à la débrouiller. Disons toutefois que nous serions disposés à admettre la première interprétation, et nos lecteurs se trouveraient, croyons-nous, dans une disposition semblable, s'ils voulaient bien se reporter à ce que nous avons écrit précédemment, d'après les remarques cliniques de notre collaborateur, M. Aran, relativement aux indications et contre-indications du perchlorure de fer dans l'érysipèle (voir le *Bulletin*, t. LIII, p. 18). Quoi qu'il en soit, il n'est pas sans utilité de mettre de temps en temps des faits sous les yeux des praticiens, afin qu'ils soient portés à expérimenter cette médication, et que du faisceau de leurs résultats se dégage la vérité relativement à sa valeur réelle et à la nature des cas où elle peut être appelée à rendre des services.

Une femme, âgée de cinquante-sept ans, admise le 6 juillet dernier à l'hôpital de Guy, dans le service du docteur Wilks, était atteinte d'une inflammation érysipélateuse qui avait débuté peu de jours auparavant, et qui s'étendait à la totalité de la peau de la face et du cuir chevelu. Néanmoins, l'intensité de la maladie n'était pas assez grande pour avoir déterminé l'occlusion des paupières, ni effacé complétement les traits du visage; mais le cuir chevelu était remarquablement tuméfié, œdémateux et d'une extrême sensibilité. Sous l'influence du repos au lit, après l'entrée à l'hôpital, l'inflammation se calma visiblement, et déjà il y avait un commencement manifeste de desquamation. Toutefois la malade était dans une situation précaire, caractérisée par beaucoup de faiblesse et d'abattement, et qui réclamait d'une manière évidente un traitement fortifiant et réparateur. 20 gouttes de teinture de perchlorure de fer furent prescrites d'heure en heure, avec 8 onces de vin, du porter et des aliments légers. Sous l'influence de ces moyens, son état s'améliora d'une manière rapide, et, dès le 12, elle pouvait se lever et rester assise sur son lit; il restait seulement un peu d'épaississement des traits, avec de l'œdème et encore de la sensibilité du cuir chevelu; mais tout annonçait que le rétablissement complet ne se ferait pas attendre.

Ce cas nous paraît appartenir à

cette espèce d'érysipèles atoniques et en quelque sorte chroniques, assez fréquents chez les vieillards et les sujets débilités, que nous avons signalés, d'après M. Aran, comme se trouvant très-bien du traitement par le perchlorure de fer. D'après l'auteur de l'article anglais, auquel le fait est emprunté, cette médication est souvent mise en usage en Angleterre, et elle l'est avec succès ; on a soin concurremment de saupoudrer la peau enflammée avec de la fécule, et l'on veille attentivement sur l'état du tube digestif. Sans vouloir, tant s'en faut, détourner les praticiens d'obéir à une indication qui a toujours été regardée et que, pour notre part, nous regardons comme impérative, disons, en terminant, que les médecins qui, en France, ont eu recours au perchlorure de fer dans le traitement de l'érysipèle, M. Valette, de Lyon, M. Mathey, son élève, et M. Aran, n'ont pas tenu grand compte des phénomènes d'embarras gastrique ; néanmoins ces observateurs ne paraissent pas avoir remarqué que les choses en aient marché plus mal, les symptômes gastro-intestinaux s'étant améliorés, en même temps que la manifestation cutanée de la maladie se trouvait enrayée dans ses progrès. (*Lancet*, juillet 1859.)

Hydrocéphale chronique ; *compression* ; *guérison*. L'hydrocéphalie est une de ces affections dont on est en général trop disposé à désespérer. Si les exemples de guérison ne sont pas nombreux, il est vrai, ils le sont assez cependant encore pour encourager les praticiens et les enhardir dans l'emploi de méthodes actives et énergiques, seules capables de combattre avec succès une maladie aussi grave. Nous avons rapporté plusieurs exemples de guérison d'hydrocéphalie chronique par la compression. Voici un nouvel exemple à joindre à ceux que l'on connaît déjà :

Obs. Un petit garçon âgé de dix mois fut amené le 12 mai à M. le docteur Roux fils, de Brignolles. Cet enfant avait présenté de bonne heure un développement anomal du crâne, dont les os étaient mous, flexibles et les fontanelles très-larges. A quatre mois et demi, une méningite avait failli l'enlever, et bientôt après l'accroissement de volume de la tête vint éveiller la sollicitude de ses parents. Au moment de la consultation, son état général était passable, la dentition à peine commencée ; ses membres conservaient un peu d'embonpoint, ses yeux louches avaient cette oscillation constante que l'on observe dans les hydropisies chroniques de l'encéphale. La pupille de l'œil gauche se contractait assez bien, le droit présentait une différence dans l'ouverture pupillaire plus contractée. Le cuir chevelu était œdémateux sur la partie latérale, les os du crâne minces, peu développés, mobiles et notablement écartés ; les fontanelles larges et molles présentaient des surfaces bombées et donnaient au toucher la sensation d'un liquide, l'antérieure naturellement plus large que la postérieure. On trouvait entre le bord des os un intervalle qui n'était rempli que par des membranes. M. Roux fit commencer immédiatement le traitement que voici :

5 centigrammes de calomélas furent administrés toutes les quatre heures pendant six jours. Le sixième jour, (le 17) il fit raser la tête, et le lendemain il opéra une compression méthodique du crâne, en procédant de la manière suivante : des bandelettes de diachylon d'un mètre de long étant préparées, il appliqua le plein de la première sur la protubérance occipitale à peine sensible ; puis, ramenant les deux chefs sur les pariétaux qu'ils tendaient à rapprocher, il les croisa sur l'angle antérieur de la fontanelle supérieure. Une deuxième bandelette appliquée de la même manière, au-dessus de la protubérance occipitale, vint croiser ses chefs sur les bosses frontales. Après avoir placé ainsi quelques bandelettes dans divers sens, il fit (toujours avec des bandes de diachylon) un bandage régulier, la capeline. Craignant encore que le diachylon ne vînt à se déranger, il compléta la calotte au moyen d'une deuxième capeline confectionnée avec de larges chevillères enduites de collodion.

L'enfant, inquiet pendant toute la journée, eut quelques mouvements convulsifs, la face rouge et animée, de la chaleur à la peau. On plaça un vésicatoire à la nuque et on continua l'administration du calomel, qui procura les selles verdâtres ordinaires. Bientôt le petit malade cessa de tourner constamment la tête de droite à gauche et de gauche à droite, de s'agiter en divers sens ; son état s'améliora ; il prit le sein de sa nourrice comme à l'ordinaire, et on put suspendre le calomel.

Le 26, le vésicatoire était sec, le bandage s'affaissait sous la main, in-

diquait qu'un vide existait au-dessus. Il fallut le réappliquer. La mensuration, qui avait été prise exactement avant la première application', indiquait déjà à cette époque une diminution notable (1 centimètre environ dans tous les sens à peu près). Ce second bandage fut laissé jusqu'au 20 juin. A cette époque on constata une nouvelle diminution des divers diamètres de la tête, à peu près égale à la première. En somme, la grande circonférence du crâne était descendue de 53 à 51.50 Un petit abcès s'était développé sous le cuir chevelu : il fut vidé et la compression refaite méthodiquement Depuis cette époque, l'enfant n'a cessé de voir son état s'améliorer. Il a été mis à l'usage de l'huile de foie de morue, puis d'une solution iodurée et des bains de mer. Bref, l'enfant a fini par guérir, ainsi que M. Roux a pu le constater, au bout d'un an environ après le début du traitement. La tête était alors presque complétement ossifiée, la fontanelle supérieure ne présentait plus qu'un espace membraneux très-limité. L'enfant était intelligent, il commençait à marcher et portait la tête droite; enfin, grâce à l'usage de l'huile de foie de morue sans doute, il avait un embonpoint remarquable. (*Bulletin de la Société impériale de Marseille*, juillet 1859.)

Polypes naso-pharyngiens. *Nouveau procédé d'extirpation, dit procédé de la boutonnière palatine.* La position profonde des polypes naso-pharyngiens, et la presque impossibilité de les saisir par les voies naturelles, ont depuis longtemps inspiré aux chirurgiens l'idée de créer à travers les tissus de la face ou du palais une voie artificielle qui permît d'arriver au siége de leur implantation. Mais les divers procédés imaginés à cet effet, et que tout le monde connaît, constituant des opérations graves, susceptibles parfois d'entraîner des difformités pénibles et même de compromettre la vie, M. Maisonneuve a pensé qu'on pourrait, dans un grand nombre de circonstances, leur substituer une opération beaucoup plus simple et beaucoup plus innocente. Cette opération, qu' il désigne sous le nom de *boutonnière palatine*, lui paraît devoir suffire le plus souvent pour remplir toutes les indications. En bornant l'incision du voile du palais à une simple boutonnière, qui de la cavité osseuse se prolonge plus ou moins près de la base de la luette, on a, suivant lui, une ouverture très-suffisante pour saisir les tumeurs polypeuses et pour les entraîner en tout ou en partie dans l'intérieur de la bouche, où il devient alors facile d'en faire l'excision ou la ligature La grande élasticité des tissus qui forment le pourtour de la boutonnière se prête à cet égard à toutes les exigences. D'un autre côté, quand l'extirpation de la tumeur est terminée, le voile du palais, dont le bord inférieur est resté intact, a par ce seul fait une tendance naturelle à reprendre sa forme, et c'est à peine si, pour clore l'ouverture artificielle, il est besoin de pratiquer un point de suture.

Le fait suivant fera mieux comprendre l'application du procédé et apprécier ses résultats.

Un jeune homme de vingt et un ans entra, le 12 août dernier, à l'hôpital de la Pitié pour y être traité d'un polype naso-pharyngien dont il souffrait depuis près de deux ans. Ce polype, dont un prolongement pénétrait dans la fosse nasale droite, déprimait assez fortement le voile du palais, et proéminait dans l'arrière gorge, où on pouvait l'apercevoir quand le malade ouvrait fortement la bouche. En explorant avec le doigt, on reconnaissait que la tumeur était libre en arrière, ainsi que du côté gauche, et que l'insertion de son pédicule avait lieu sur la paroi latérale droite du pharynx. Dans ces conditions il était évident que l'extirpation par les fosses nasales était à peu près impossible. D'un autre côté la tumeur était trop profondément située dans la partie supérieure du pharynx pour que l'on pût songer à la saisir directement derrière le voile du palais. Au lieu de recourir dans ce cas, ainsi que cela paraissait indiqué, à la division totale de la voûte palatine, voici comment procéda M. Maisonneuve.

Portant la pointe de son bistouri sur la partie la plus antérieure du voile du palais, il incisa d'un seul trait cette cloison jusqu'à un 1,2 centimètre de la base de la luette, puis avec des pinces de Museux il alla saisir le polype, et l'attira doucement à travers l'ouverture, dont le pourtour élastique et souple se prêta facilement à cette manœuvre. Le polype se trouvait donc ainsi transporté du pharynx dans la bouche et pédiculé pour ainsi dire par l'anneau musculaire du voile du palais; le reste de l'opération devenait dès lors d'une extrême simplicité. En effet, prenant son con-

stricteur de trousse, armé d'un simple fil de fer de 1 millimètre 1/2 de diamètre, il disposa celui-ci en anse, et saisit le polype. Après quelques tours donnés à la vis pour diminuer la largeur de l'anse, celle-ci fut poussée doucement à travers l'ouverture palatine, de manière à venir saisir le pédicule à son point d'insertion dans le pharynx; puis, la constriction étant portée à l'extrême, la tumeur se détacha sans écoulement de sang. Après cette opération qui dura à peine quelques minutes, l'opérateur se borna à pratiquer sur le milieu de la boutonnière un simple point de suture, sans autre instrument qu'une aiguille courbe de petite dimension, et la nouvelle pince à anneau de M. Charrière. Aucun accident ne suivit cette opération; dès le quatrième jour, la cicatrisation était complète, et le malade sortit de l'hôpital le 17 août. (*Gaz. des Hôpitaux*, août 1859.)

Scarlatine maligne. *Affusions froides, guérison.* Ce n'est pas une méthode nouvelle que nous voulons préconiser, mais un exemple nouveau que nous voulons citer à l'appui d'une méthode ancienne, très-usitée dans des pays voisins et que des préjugés enracinés empêchent d'employer chez nous, malgré les exemples répétés de son efficacité. Voici le fait que rapporte M. le docteur Rouxeau.

Marie L***, enfant de quatre ans et demi, blonde, frêle et délicate, après avoir eu à deux reprises une pneumonie lobulaire, était en bon état de santé depuis un an, lorsque le 9 mars dernier elle fut prise de frissons, puis de nausées, de vomissements et de diarrhée, avec coliques assez vives. Appelé le 10 auprès d'elle, M. Rouxeau constate une fièvre d'une intensité considérable, chaleur ardente à la peau, pouls à 140, sans toux ni expectoration. Le surlendemain 11, les symptômes gastriques ont disparu, pour faire place à une scarlatine confluente. Le 12, nuit agitée, délire, tête douloureuse, peau toujours brûlante, framboisée et commençant à se sécher; pouls à 150, langue blanche, soif vive, etc. (Potion avec teinture de musc, 2 grammes.)

Le 13 au soir, cinquième jour à partir du frisson initial, la petite malade se plaint de la gorge; insomnie, agitation, délire.

Le 14, aspect typhoïde, narines violacées, gonflées, obstruées par des mucosités épaisses et livides, lèvres, gonflées, fuligineuses, comme les dents, les gencives et la langue; toute l'arrière-bouche est d'un rouge violacé: les amygdales sont couvertes d'un enduit pultacé, pendant que des mucosités visqueuses et brunâtres tapissent le reste du pharynx; pouls petit, mou, irrégulier, de 140 à 170; peau de plus en plus sèche. (Cautérisation avec le nitrate d'argent, puis avec le perchlorure de fer, au moyen duquel on enlève une grande quantité de mucosités épaisses et sanieuses. Potion avec extrait de quinquina et sirop d'écorces d'oranges amères.)

Le 15, l'agitation et le délire augmentent et sont portés au plus haut degré; perte de connaissance presque continuelle; la peau cramoisie, sèche et rugueuse, semble avoir perdu complétement ses fonctions; pouls très-faible, très-dépressible et très-fréquent.

En présence d'un état aussi grave et qui semblait ne laisser que peu de chances de guérison, M. Rouxeau eut recours aux affusions froides. L'enfant déshabillé à la hâte fut placé dans une baignoire vide, et 10 litres d'eau froide lui furent jetés rapidement sur tout le corps, puis on l'enveloppa dans une couverture chaude et on le replaça dans son lit. La connaissance revint aussitôt; la peau resta moins chaude et moins sèche.

Deuxième affusion le soir, avec la même quantité d'eau froide, suivie des mêmes résultats.

Le 16, trois nouvelles affusions, chacune avec 20 litres d'eau froide (2 seaux). Après chaque affusion le pouls perd incontinent de sa fréquence, de sa faiblesse et de son irrégularité, la connaissance revient et dure un peu plus longtemps chaque fois.

Le 17, la connaissance est à peu près complète et ne se perd que momentanément; la peau beaucoup moins sèche, mais toujours très-rouge, présente un commencement de desquamation; le pouls est à 116-150, plus résistant. (On cesse les affusions; applications froides sur le front; potion avec extrait de quinquina; bouillon, vin.)

Le 18, la connaissance est complétement revenue et ne se perd plus désormais; sommeil bon, durant presque toute la nuit. La peau est en pleine desquamation; le pouls est encore fréquent; l'état de la gorge et de la bouche s'améliore.

A dater du 20, sauf quelques accidents intercurrents, l'état général de

la petite malade va graduellement s'améliorant, jusqu'au 6 avril, où tout est rentré complétement dans l'ordre. (*Journ. de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure*, 1859.)

Seigle ergoté (*Chorée gesticulatoire et tétanos guéris par l'emploi du*). Les bons effets de l'administration du seigle ergoté dans les cas d'inertie de l'utérus ou de la vessie, et même contre la paralysie des membres inférieurs, n'ont pas tardé à faire voir que l'action de cette substance s'exerçait tout d'abord sur la portion du système nerveux de laquelle irradient les nerfs qui transmettent la motilité aux organes influencés. Cette action stimulante s'exerce-t-elle sur toute l'étendue de la moelle épinière? Quelques médecins l'ont pensé, aussi ont-ils recours au seigle ergoté contre l'hémiplégie et les diverses affections traitées avec succès par la noix vomique. A l'appui de l'action excitante de tout l'axe spinal, M. Maderna cite les deux observations suivantes :

Un jeune enfant de douze ans fut reçu au Grand-Hôpital de Milan dans la division du docteur Maderna, pour une affection choréique qui datait de trois semaines. Les mouvements des bras et des jambes étaient continuels; il ne pouvait ni lever la tête, ni la tenir droite; un grand nombre de médicaments indiqués dans les cas de l'espèce furent administrés; mais, loin de cesser, les mouvements convulsifs devinrent plus violents. Le docteur Maderna se rappelant l'action spécifique attribuée par quelques praticiens au seigle ergoté sur les nerfs spinaux, commença à l'administrer en poudre, à la dose d'un scrupule par jour (de 1gr,25 à 1gr,40 environ, mesure variable suivant les pays) en six prises, et il en augmenta la dose jusqu'à une demi-drachme (2 grammes). En quelques jours, l'agitation musculaire avait cessé, et le 15 mars l'enfant sortait très-bien guéri.

M. le docteur Maderna a employé le même moyen, avec succès, dans un cas de tétanos. Voici le fait en quelques mots :

Un homme de vingt-cinq ans entre le 25 février au grand hôpital de Milan, présentant les symptômes d'un tétanos très-grave. Au pouce de la main droite existait une cicatrice irrégulière, datant de quinze mois, qui n'avait donné lieu à aucun accident. Les mâchoires étaient tellement serrées qu'on ne pouvait les écarter. Les saignées, les ventouses, les bains tièdes, le chloroforme, l'opium associé au quinquina avaient été inefficaces. Le docteur Maderna eut recours au seigle ergoté en infusion, à cause du trismus. Les symptômes ne tardèrent pas à s'amender : le malade put bientôt se lever et se promener, et le 8 avril il quitta l'hôpital.

Les faits aujourd'hui nombreux de chorée guérie par l'usage de la strychnine peuvent autoriser l'essai du seigle ergoté contre cette maladie, surtout dans les cas où les mouvements désordonnés siégeraient spécialement dans les membres inférieurs. Mais ce que nous ne saurions admettre, c'est l'emploi de cette médication dans le tétanos; notre raison repousse une semblable tentative. (*Gaz. med. Lombarda* et *Ann. méd. psych.*, juillet 1859.)

VARIÉTÉS.

LE MICROSCOPE.

CE QU'IL A PROMIS; — CE QU'IL A DONNÉ [1].

Nous avons vu quelques-uns de mes prédécesseurs croire si fermement à la vérité des règles proclamées de par le microscope, qu'ils ne s'arrêtaient pas un seul instant à l'idée qu'on pût révoquer en doute l'infaillibilité de cet instrument. Mais déjà commence la période de réaction. Les faits arrivent d'abord en petit nombre : on les repousse sans hésiter ; plus tard ils se présentent en foule : alors on les examine, et toutefois on n'ose trop s'aventurer à les accepter sans protestation. Ainsi, deux exemples de généralisation de tumeurs

(1) Suite. — Voir la livraison précédente, p. 188.

homœomorphes vous sont présentés dans le cours d'une année, et voici les seules réflexions qu'ils suggèrent à votre secrétaire : « Que dirons-nous de ces deux faits ? Quelles conclusions pourrions-nous en tirer ? Faudra-t-il par un jugement sommaire et mal instruit réduire à néant les laborieuses recherches des micrographes modernes ? Ce serait là une grande faute. *Peut-être le microscope a-t-il posé parfois des lois prématurées*, peut-être a-t-on cherché des distinctions trop minutieuses ; *cela est possible, probable même*, mais il n'y a pas là de raison suffisante pour repousser un moyen d'étude qui a si largement contribué à accroître nos connaissances anatomo-pathologiques. » (Bulletin 1856, p. 562). — Non certes, nous ne verrions pas là un motif suffisant pour répudier complétement le microscope ; mais il faut avouer qu'il y a de quoi nous engager à n'avoir qu'une confiance très-modérée dans cet instrument et à le faire descendre du pavois sur lequel on s'était si complaisamment plu à l'élever.

Puisqu'il est établi que « les interprètes du microscope ne sont pas dans une concordance d'idées assez complète pour que leurs jugements puissent imposer une conviction » (Bulletin, 1857, p. 478), comment ceux qui n'ont pas une très-grande habitude de cet instrument, si difficile à manier, pourront-ils s'y reconnaître ? — Comment donc le microscope fera-t-il pour rendre à la clinique les services qu'il lui a promis ? — Est-ce que le stéthoscope, est-ce que tous les réactifs fournis par la chimie, offrent une semblable indécision, une incertitude aussi grande, une confusion aussi inexplicable dans l'esprit des observateurs ? Si le microscope ne conduit pas au même degré de certitude que les autres moyens d'exploration diagnostique universellement adoptés par tous les praticiens, même les plus modestes, qu'il n'ait donc pas la prétention de vouloir s'installer au lit du malade et qu'il reste confiné dans le cabinet d'études du savant, car il ne sera jamais que d'un fort médiocre secours pour le clinicien.

Si nous parlons ainsi, c'est que nous avons eu à enregistrer cette année bien des aveux d'impuissance fort caractéristiques, bien des déclarations importantes qu'il ne nous est plus permis de passer sous silence, car elles établissent avec une certaine autorité ce que vaut le microscope. On a dit et on a répété devant vous qu'il ne nous permet pas de reconnaître du pus, et qu'il ne fournit aucun signe à l'aide duquel nous puissions distinguer ce liquide d'un amas de globules blancs du sang, et de fibrine désagrégée (p. 478-124), tandis que le clinicien exercé s'y trompe rarement. — Et il reste acquis, comme un fait démontré, que les globules dits purulents ou même pyoïdes ne sont pas des éléments indispensables à la composition du pus, et que, nombre de fois, on n'a trouvé ni les uns ni les autres dans des liquides notoirement purulents.

S'il a si peu éclairé la question de la nature des liquides pathologiques, le microscope a-t-il jeté un jour plus brillant sur la structure des produits solides ? Pas le moins du monde. — Une tumeur du grand épiploon vous est présentée par M. Fournier comme étant constituée par une masse tuberculeuse ; notre honorable président, M. Cruveilher, élève des doutes relativement à la structure de ce produit, qu'il dit être constitué par le cancer, car il en fait suinter un suc blanc laiteux, assez caractéristique pour lui. Vite on se hâte de consulter le microscope placé en permanence dans la salle de vos séances, mais « on ne trouve pas d'éléments assez distincts pour caractériser la nature de cette tumeur » (p. 448). Faut-il citer un autre fait au moins aussi démonstratif

que le précédent ? — Une énorme tumeur du rein vous est présentée par M. Blondeau (p. 492), et, sans hésiter, notre honorable président, dont l'expérience a une autorité qu'aucun de nous ne cherche à contester, la considère comme un cancer type, véritable, si caractéristique qu'il vous a dit : « C'est un cancer du rein, ou il n'y en a jamais eu ; » mot qui, du reste, en a rappelé un autre analogue que j'ai entendu prononcer par Blandin, tout au début de mes études. Un testicule venait d'être enlevé comme atteint d'encéphaloïde, et l'interne, qui était alors M. Broca, cherchait en vain la cellule cancéreuse ; il ne la trouvait pas. Après avoir aussi inutilement cherché pendant quelque temps, Blandin leva la séance en disant : « C'est bien de l'encéphaloïde, et si votre microscope vous dit le contraire, c'est qu'il ne s'y connaît pas. » Relativement au rein, à propos duquel je me suis permis cette petite digression, le contraire avait eu lieu. M. Dufour avait bien cru d'abord y avoir trouvé la fameuse cellule cancéreuse, mais pressé de s'expliquer plus catégoriquement par M. Labbé, qui lui demande s'il est bien sûr de ne pas avoir pris pour cette cellule un des éléments *normaux du rein qui sont complètement identiques avec elle*, il a été forcé de reconnaître qu'il conservait des doutes — En définitive il a fallu, chose étrange, que l'inspection à l'œil nu et l'examen clinique vinssent encore une fois vous tirer de l'incertitude dans laquelle vous avait jeté le microscope, au sujet de la nature de cette tumeur.

Qu'est-ce donc du reste que cette fameuse cellule cancéreuse qui ne s'est rencontrée que quatre fois incontestablement vue par MM. Gubler, Broca et Dufour, Robin, Ball, sur vingt-six faits qui vous ont été présentés cette année et dans lesquels il y avait plus ou moins de probabilités capables de nous faire croire à l'existence réelle du cancer ?

La preuve qu'elle signifie bien peu de chose, c'est qu'après avoir attaché à sa présence l'importance que nous avons dit, on l'a abandonnée pour se rejeter, d'abord sur le noyau, puis sur le nucléole, pénétrant ainsi de plus en plus avant dans le monde des infiniment petits, pour trouver la caractéristique à l'aide de laquelle on diagnostiquerait, microscopiquement, le cancer des produits d'une autre sorte. Mais même en avançant ainsi on n'a pas mieux réussi, et, pas plus que la cellule, les noyaux ni les nucléoles n'ont pu aider à établir la distinction si importante et si désirée. Car, cette année, si dans quatre cas on a vu la cellule dite cancéreuse (p. 197, 380, 423, 459), dans six autres on n'a fait que soupçonner sa présence ; et dans douze on n'a trouvé que des éléments parfaitement homœomorphes (*épithéliaux fibreux ou fibro-plastiques*). — Il reste quatre faits à l'occasion desquels on ne vous a pas donné des détails micrographiques. — La structure des douze derniers, qui n'ont présenté à l'inspection que des éléments homœomorphes, devrait donc, d'après les idées dites nouvelles mais qui ont déjà bien vieilli, faire exclure pour eux toute crainte de malignité, de récidive ou de généralisation.

Cependant nous ne comptons plus maintenant les faits dans lesquels et récidive, et généralisation, et malignité excessive, ont été l'apanage de produits homœomorphes. Que faut-il du reste entendre par cette distinction de produits homœomorphes et produits hétéromorphes ? — Existe-t-il réellement dans l'organisme, faisant corps avec lui, participant à sa propre substance, de véritables produits hétéromorphes ? Les parasites sont hétéromorphes, mais ils ont une vie indépendante de l'individu, ce n'est pas d'eux qu'il peut être question ici, on les a toujours mis à part dans cette discussion des éléments histologiques. Quant aux autres, à ces produits qui, comme le tubercule et le cancer,

font bien réellement partie intégrante des organes sur lesquels on les rencontre, sont-ils bien réellement des produits nouveaux hétéromorphes, différents des autres produits organiques ? — Relativement aux tubercules, les remarquables recherches consignées par un de nos collègues, M. Luys, dans son excellente thèse, semblent établir que l'hétéromorphie n'existe pas et qu'il n'y a pas production d'un tissu nouveau et accidentel, accumulation d'éléments morbides différant des éléments sains de l'économie. Et pour le cancer, est-ce que les tumeurs dans lesquelles ne se retrouve pas cette cellule, ce noyau ou ce nucléole caractéristique qui ont fait admettre l'hétéromorphie du cancer, ne seraient pas cancéreuses ? — Est-ce que des vingt-six tumeurs qui vous ont été présentées cette année, quatre seulement seraient de vrais cancers? Est-ce qu'il n'y aurait pas de cancer à l'utérus ? puisque le même collègue, M. Luys, dont j'invoquais la thèse il n'y a qu'un instant, n'a jamais vu cette cellule, sur 27 cas de cancers utérins qu'il a examinés ([1]). (*La fin au prochain numéro*).

M. Benoît, professeur à la Faculté de médecine, et M. Bénard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, sont chargés de présider les sessions d'examen des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie dans la circonscription de l'Académie de Montpellier.

Sont nommés à l'Ecole de médecine de Poitiers : professeur titulaire, M. Brossard ; professeur adjoint, M. Delaunay ; professeur suppléant, M. Delamardière.

M. Moitessier, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Brousse.

M. Peuget remplace M. Bley comme aide de clinique à la Faculté de Strasbourg.

M. le docteur Viret, médecin adjoint de l'asile de Quatremares, près Rouen, vient d'être nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariége). M. le docteur Ach. Foville remplace M. Viret, comme médecin adjoint de l'asile de Quatremares.

Un concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'ouvrira le 19 mars, selon le mode usuel.

M. le docteur Arthaud, président de l'Association de la Gironde, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, connu par ses intéressants travaux sur la pellagre, la morve, etc., est mort subitement dans la retraite qu'il s'était choisie près de Tonneins.

Par un ukase adressé au chapitre des ordres impériaux et royaux de Russie, S. M. l'empereur a conféré l'ordre de Saint-Stanislas de deuxième classe, avec

---

([1]) *Traité clinique des maladies de l'utérus*, par A. Becquerel, t. II, p. 153 et suiv.

les insignes ornés de la couronne impériale, à M. Le Roy (d'Etiolles). — De son côté, l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg a élevé M. Leroy (d'Etiolles) à la dignité de membre honoraire.

La Société médico-chirurgicale de Bruges avait mis au concours une question sur l'art des accouchements, dont le sujet était abandonné au choix des concurrents. Le prix, qui consistait en une médaille de vermeil, vient d'être décerné à M. Liégard (de Caen), pour un travail sur l'éclampsie puerpérale et son traitement.

On lit dans les journaux quotidiens : « Les ravages causés par le choléra dans certaines contrées du Mecklembourg sont affreux. Il est des villages où la moitié des gens sont morts, des hameaux isolés où il ne reste plus personne. On manque de bois et d'ouvriers pour faire les cercueils et de porteurs pour les conduire au cimetière. Les travaux agricoles sont tout à fait interrompus et les bestiaux se nourrissent dans les champs, car il n'y a personne pour les soigner. » Cette épidémie ne s'est pas étendue aux contrées voisines, car les journaux ne sont plus revenus sur ces faits inquiétants.

Les colonies anglaises, en Amérique, à l'exemple de la métropole, ont adopté le *registration-act*, c'est-à-dire qu'elles ont arrêté qu'aucun individu ne serait autorisé à exercer la médecine s'il ne s'était fait porter sur le *registre*, où l'on ne peut être inscrit qu'après avoir exhibé un diplôme. Au Nouveau-Brunswick, l'exécution de cette mesure a soulevé quelques difficultés. Un homœopathe a prétendu se faire inscrire, sur la présentation d'un *homœo-diplôme* (textuel), et comme on l'a refusé, il est maintenant en instance devant la justice du pays.

Un de nos confrères des départements, le docteur M***, avait été poursuivi d'injures calomnieuses, dans la rue, par un client qui l'accusait de s'être entendu avec la sage-femme du lieu *pour retarder un accouchement* et se ménager ainsi une consultation, et qui, de plus, niait avoir reçu les conseils de notre confrère dans son cabinet. Poursuivi en police correctionnelle pour délit d'injures et de calomnies publiques, le client a été condamné à une amende, à des dommages-intérêts et aux dépens. Devant le juge de paix, il a été condamné à payer les honoraires réclamés ; mais ce qui fait l'intérêt de ce dernier jugement, c'est un incident relatif à la prescription. Le débiteur, voyant la réalité des soins médicaux établie par les livres du médecin, *montrés au juge de paix seul, en audience*, déclara que, ces soins remontant à plus d'un an, il invoquait l'article 2271 du Code civil; mais il a été débouté sur ce chef par le motif que la contestation d'abord soulevée sur la réalité des soins donnés entraînait l'interruption civile de la prescription.

Par ordre royal du 19 mai dernier, les officiers du corps médical de la marine espagnole recevront le salut militaire prescrit par l'ordonnance, selon les grades effectifs auxquels ils sont assimilés. Il était étrange que le soldat, qui a pour devoir de se lever et de fournir le salut en présence d'un sergent, pût se refuser à donner la moindre marque de respect à des fonctionnaires auxquels Sa Majesté a concédé tous les honneurs dus au capitaine de vaisseau ou au brigadier de la flotte. Cet acte de justice a été accueilli par les médecins civils ou militaires avec une grande reconnaissance.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la chloro-anémie par la fève de Saint-Ignace, seule ou associée au fer.

Par le docteur Eisenmann, médecin à Würzbourg.

Lorsque, au commencement de 1842, il me fut permis de revoir la société et des malades, je fus frappé du grand nombre de chlorotiques qu'il y avait à Passau et dans les environs. Dans la ville même presque toutes les jeunes filles arrivées à l'âge de la puberté étaient affectées de chloro-anémie. La fréquence extraordinaire de cette maladie me fit supposer tout d'abord que la nature du sol (terrain primitif) sur lequel la ville est assise pourrait peut-être y contribuer; mais je dus bientôt renoncer à cette opinion, lorsque j'eus appris par plusieurs de mes amis qui exerçaient la médecine dans différentes contrées de l'Allemagne, que la chlorose avait acquis une fréquence jusqu'alors inconnue. Il était donc évident qu'il fallait en chercher la cause, non pas dans des raisons locales, mais bien dans certaines constitutions médicales stationnaires. L'influence du sol sur la pathogénie de la chlorose n'était déjà pas admissible, par la raison que cette maladie était presque aussi fréquente sur le granit, l'argile schisteuse, le quartz mêlé de schiste et de mica, sur le grès bigarré, le sol keuprique, le lias et sur le terrain calcaire conchylien.

Quoi qu'il en soit, le fait existait, et je crus qu'il importait avant tout de rechercher les causes de cette fréquence insolite de la chloro-anémie, afin d'arriver peut-être à jeter quelque lumière sur son étiologie. Comme le nombre des cas augmentait partout dans la même proportion, à la campagne comme dans les villes, on ne pouvait en attribuer la raison à certaines influences subjectives, telles qu'une éducation efféminée, la lecture de romans, la dépravation de l'instinct sexuel, etc.; il était plus rationnel de la chercher dans des conditions telluro-atmosphériques, et si l'on considère que la propagation de la chloro-anémie marchait de pair avec celle du typhus abdominal, il paraît probable que ces influences telluro-atmosphériques pourraient bien avoir une certaine analogie avec celles qui engendrent cette dernière maladie. Je m'adressai donc, soit directement, soit par l'intermédiaire de quelques médecins, aux directeurs des grands hôpitaux de Vienne, de Berlin, de Würzbourg, de Munich, de Hambourg, de Bamberg et d'Erlangen, et je les priai de vouloir bien me faire faire un extrait synoptique des journaux de leurs hôpitaux, qui me donnât le relevé des chlorotiques admises chaque mois depuis vingt ans, de 1825 à 1844. Il n'y eut que les

hôpitaux de Würzbourg, de Bamberg et d'Erlangen qui m'envoyèrent les tables demandées.

En jetant les yeux sur ces tables, je fus frappé de voir qu'à partir de 1830, la fréquence de la chloro-anémie s'accroissait chaque année dans une forte proportion. De 1819 à 1826, le nombre moyen des chlorotiques admises annuellement à l'hôpital de Bamberg était de 5 5/8, en 1829 il y en avait 11, en 1835 le total s'élevait déjà à 62, et en 1841 il était monté à 147. Je me rappelle encore fort bien que, de 1820 à 1830, on traitait annuellement à peine 6 chlorotiques à l'hôpital de Würzbourg ; en 1833, on en reçut 18, et, à partir de cette époque, le nombre des admissions alla en augmentant, de sorte qu'en 1843 il était monté à 70.

Ce mouvement progressif considérable dans la fréquence d'une maladie en différentes localités montre d'une manière décisive qu'elle ne peut provenir de causes individuelles, mais qu'elle doit avoir sa raison d'être dans des conditions telluro-atmosphériques, et je n'hésite pas à dire que la cause morbifique de la chlorose pourrait bien avoir de l'analogie avec celle qui engendre le typhus abdominal, d'autant plus que cette extension considérable de la chloro-anémie eut à peu près lieu à l'époque même où l'on observait des épidémies fréquentes et étendues de typhus abdominal.

Il est cependant étonnant que, abstraction faite d'Erlangen, où le nombre des chlorotiques était relativement minime, l'on ait observé à l'hôpital de Bamberg environ trois fois plus de cas de chloro-anémie qu'à celui de Würzbourg, tandis qu'il entrait annuellement dans ces deux établissements un nombre à peu près égal de malades de toute espèce. D'après les tables synoptiques que l'on m'avait envoyées, le chiffre moyen des admissions était par an, de 1835 à 1844, de 1,143 à l'hôpital de Bamberg, et de 1,200 environ à celui de Würzbourg. La différence dans le nombre des chlorotiques admises dans ces deux établissements n'était pas passagère ; elle se reproduisait tous les ans d'une manière constante et s'éleva, dans l'espace de dix ans, à presque 200 pour 100 (pendant cette période 399 chlorotiques entrèrent à l'hôpital de Würzbourg et 1,035 à celui de Bamberg) ; il faut donc admettre qu'à côté des constitutions médicales stationnaires il y a encore eu certaines influences locales qui ont contribué à la genèse de la chloro-anémie. Quant à la nature de ces conditions locales, nous n'en savons absolument rien, la ville de Bamberg étant assise, autant que je puis me rappeler, sur un sol calcaire conchylien de même que Würzbourg, et le climat y étant décidément plus rude que dans la vallée où cette dernière ville est située.

Après avoir considéré de quelle manière la chloro-anémie s'étendit dans une certaine période de temps, voyons maintenant quelle était la proportion du nombre des cas par rapport à chaque mois et à chaque saison. Un travail de cette nature présente en général de grandes difficultés quant aux maladies chroniques, parce que les malades n'entrent pas à l'hôpital dès le début de l'affection, et que les journaux de ces établissements ne donnent pas de renseignements sur la durée antérieure de la maladie. Dans la chlorose, cependant, nous pouvons déterminer approximativement l'espace de temps compris entre le début de l'affection et l'entrée des malades à l'hôpital. J'ai eu plusieurs fois occasion d'observer attentivement la chloro-anémie dès ses premiers commencements et dans son développement ultérieur, et j'ai trouvé qu'il se passait à peu près trois mois depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à l'époque où les malades venaient réclamer les secours de l'art. Dans quelques autres cas, l'examen de jeunes filles qui vinrent me consulter pour des chloro-anémies entièrement développées m'a fourni un résultat analogue. D'autres praticiens ont fait la même observation, et quoiqu'il soit évident que cette loi ne peut pas s'appliquer d'une manière uniforme à toutes les malades, parce qu'elles ne viennent pas se faire soigner toutes à la même période de la maladie, nous ne nous tromperons guère en admettant que chez les chlorotiques portées sur les relevés des trois hôpitaux, l'affection datait en moyenne de trois mois environ, à l'époque où elles se décidèrent à entrer à l'hôpital. Si donc nous disons que la chloro-anémie a débuté trois mois avant l'entrée des malades à l'hôpital (le mois de l'entrée non compris), nous aurons le tableau suivant :

SAISONS.	MOIS.	WURZBOURG.		BAMBERG.		ERLANGEN.		TOTAL des mois.	TOTAL des saisons.
Hiver.	Décembre..	20		77		0		97	
	Janvier.....	31	70	82	236	2	2	115	308
	Février....	19		77		0		96	
Printemps.	Mars.......	46		108		1		155	
	Avril.......	39	126	109	316	4	6	152	448
	Mai,.......	41		99		1		141	
Été.	Juin.......	39		84		4		127	
	Juillet.....	46	126	75	233	4	12	125	371
	Août.......	41		74		4		119	
Automne.	Septembre.	22		71		4		97	
	Octobre....	30	77	91	250	5	9	126	336
	Novembre.	25		88		0		113	

Ce tableau comprend une période de dix ans, de 1835 à 1844 inclusivement, et donne, si nous comptons par saisons, les chiffres suivants : 448 cas pour le printemps, 371 pour l'été, 336 pour l'automne et 308 pour l'hiver.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaire, et je vous dirai que mes observations personnelles s'accordent avec le résultat donné par ce tableau. J'ai remarqué qu'au printemps la chloro-anémie se développait plus fréquemment que dans les autres saisons, et qu'en hiver elle guérissait très-rapidement ; dans quelques cas un traitement de quatre semaines suffisait pour la faire disparaître, mais il faudrait savoir si les chloroses guéries en hiver ne se reproduisent pas facilement. Ayant parlé de cette circonstance au professeur Siebert et à M. le docteur de Schallern, celui-ci me dit qu'il connaissait à Bamberg deux jeunes filles chlorotiques dont la maladie disparaissait régulièrement en hiver pour reparaître au printemps. Mais pourquoi vous parler d'observations faites de nos jours ? Hippocrate déjà savait qu'au printemps la chlorose est plus fréquente que dans les autres saisons.

Je conviens que les faits que j'ai réunis ne sont pas assez nombreux pour me permettre d'en tirer des conclusions incontestables, et c'est pour cela que j'ai beaucoup regretté de n'avoir pas pu obtenir les relevés que j'avais demandés aux hôpitaux cités plus haut ; il en ressort pourtant avec assez de certitude :

1° Que la pathogénie de la chloro-anémie dépend tant de la constitution médicale stationnaire que de la constitution médicale annuelle.

2° Que le génie endémique ou enchorique (χώρα, la contrée), c'est-à-dire les conditions telluro-atmosphériques locales, y contribue également.

J'espère qu'à l'avenir on n'attribuera plus à des causes individuelles une maladie qui dépend de telles conditions, et qu'on finira par faire grâce aux femmes de tous ces égarements qu'on a mis sur leur compte et qu'on a regardés comme la cause de la chloro-anémie : c'est une hypothèse émise par des hommes superficiels et acceptée par la crédulité.

Permettez-moi encore quelques considérations sur la prédisposition à cette maladie. Personne n'ignore que les femmes y sont surtout prédisposées et qu'elle se développe de préférence à l'époque de la puberté. Il est vrai qu'on l'observe parfois avant ou longtemps après cette époque. M. Cabaret rapporte dans le Journal de médecine de Montpellier, février 1844, l'observation d'une petite fille de

neuf ans, atteinte de chlorose, et moi-même j'ai observé cette maladie chez une fille de onze ans. Il faut dire que ces enfants étaient d'un tempérament très-vif et qu'elles présentaient plus ou moins les signes d'une puberté précoce. Sauvages et Vigaroux [1] affirment avoir observé la chloro-anémie chez des enfants encore au berceau ; elle se caractérisait non-seulement par une pâleur extraordinaire de la peau, mais encore par une dépravation de l'appétit (pica) ; je ne déciderai point si ces enfants étaient en effet affectés de chlorose, ou s'il n'y avait là que des troubles de la digestion compliqués d'aigreurs. Il faut noter en tout cas que l'appétit dépravé des enfants en question portait sur des substances terreuses et alcalines, et par conséquent antiacides, tandis que les chlorotiques mangent non-seulement des substances antiacides, mais encore des choses tout à fait hétérogènes, telles que des grains de café, du riz, du charbon, du sable, etc.

Il ressort du tableau des malades traitées à l'hôpital de Würzbourg qui m'a été adressé, que la chloro-anémie s'observe le plus fréquemment à l'époque de la puberté, car quoique le plus grand nombre des malades (56) fussent âgées de vingt ans, il faut admettre qu'assurément beaucoup de ces cas étaient négligés et dataient de plusieurs années. J'ai vu plusieurs femmes de vingt-cinq ans qui étaient chlorotiques depuis huit ou neuf ans : l'affection n'avait jamais été complétement guérie, mais les symptômes s'étaient toujours amendés par l'usage du fer. Quant à l'existence de la chlorose dans un âge plus avancé, M. Charles Cowan l'a observée chez une femme de trente-trois ans, et deux malades de M. Forget avaient l'une trente-six et l'autre cinquante-sept ans ; mais ces observateurs donnent sur le début de l'affection chez leurs malades tout aussi peu de renseignements que le journal de l'hôpital de Würzbourg.

L'existence de la chloro-anémie chez l'homme a été constatée par beaucoup d'observateurs. M. Rayer et Gilbert Blanc en ont cité des exemples, et la Clinique de Marseille, du 16 septembre 1845, rapporte un cas non douteux de chlorose chez un prêtre de trente-trois ans, qui présentait tous les symptômes de cette affection, y compris les bruits anormaux dans les vaisseaux du cou, et qui fut guéri par l'emploi des ferrugineux.

Je n'ai pas l'intention d'écrire une monographie de la chlorose ; je passe donc sur la symptomatologie que je suppose connue, et je me

---

[1] Sauvages, *Nosologie méthodique*, t. IX ; Vigaroux, *Cours élémentaire des maladies des femmes*, t. Ier, p. 536.

bornerai à vous communiquer les résultats de mes études sur la pathologie et la thérapie de cet état morbide. Mais, pour pouvoir étudier avec fruit la pathologie de cette maladie, il faut en connaître non-seulement la symptomatologie et l'anatomie et la chimie pathologiques, mais encore les terminaisons.

Dans la grande majorité des cas, nous arrivons tôt ou tard à guérir les personnes affectées de chloro-anémie ; lorsqu'on la néglige, elle persiste souvent des années entières, sans beaucoup compromettre la vie des malades. C'est pour cette raison que bien des médecins regardent la chlorose comme une maladie sans conséquence, opinion évidemment erronée, car, sans parler des incommodités physiques et morales qui accompagnent cette affection, elle peut entraîner la mort d'une manière médiate ou immédiate, et la terminaison funeste est parfois même subite : Marshall Hall (1) l'a observée plusieurs fois, et une observation analogue a été faite à l'hôpital de Bamberg.

La mort peut être amenée soit directement par la chlorose elle-même, soit par des affections consécutives. Pendant la durée de la maladie, elle peut avoir lieu 1° par suite d'une lésion de la moelle ; 2° par hémorrhagie, et 3° par suite d'ulcérations de l'estomac.

Aucun auteur, que je sache, n'a encore rapporté une observation de chloro-anémie terminée d'une manière funeste par suite d'une affection de la moelle : Elise Fany, atteinte de chlorose, entra au mois d'août 1834 à l'hôpital Jules de Würzbourg et y mourut d'une myélite (myélo-malacie), le 19 septembre de la même année. La myélo-malacie consécutive à la chlorose se développe quelquefois d'une manière très-lente : son début est marqué par une affection de la moelle, qui présente tantôt les symptômes de l'irritation de cet organe et apparaît sous forme de névralgie (notamment de sciatique et de névralgie intercostale), de pseudo-phthisie pulmonaire, d'affection du foie, etc., tantôt elle présente les caractères de la parèse ; mais elle finit, dans les deux cas, par le ramollissement de la moelle et la paralysie du poumon. J'ai eu occasion d'observer un cas de la première catégorie chez une jeune dame de vingt-cinq ans, qui appartenait à une famille très-honorable. Elle était chlorotique depuis neuf ans et avait suivi divers traitements, mais elle n'en avait continué aucun jusqu'à son entière guérison. Elle présentait alternativement les signes les plus divers d'irritation spinale, et j'avais

(1) Marshall, *On the mutual relations between anatomy, physiology, pathology and therapeutics*; London, Baillière, 1842.

prévenu les parents que leur fille mourrait certainement de myélomalacie si elle ne se décidait pas à suivre un traitement approprié. J'eus la douleur de voir ma prédiction s'accomplir : en 1845, la malade mourut à Munich de paralysie du poumon. M. Sandras a publié, comme vous le savez, plusieurs travaux sur les paralysies consécutives à la chloro-anémie.

La mort par hémorrhagie est relativement plus fréquente. Les observations faites sur les hommes et les animaux ont depuis longtemps démontré que les sujets anémiques étaient fortement prédisposés aux hémorrhagies. Marshall Hall rapporte qu'un chien, auquel on avait tiré 56 onces de sang, dans l'espace de dix-sept jours, mourut d'apoplexie, et qu'à l'autopsie on trouva du sang extravasé dans les membranes et dans les ventricules latéraux de l'encéphale. M. Andral rapporte dans sa Clinique médicale l'observation d'une femme affectée de cancer de la matrice, qui était très-affaiblie par des métrorrhagies et qui mourut d'un épanchement de sang dans l'encéphale. Les hémorrhagies ne sont pas rares chez les chlorotiques ; c'est tantôt par le nez, les yeux, les oreilles, les mamelons et par les bouts des doigts que s'écoule le sang ou un liquide sanguinolent ; tantôt l'hémorrhagie a lieu dans l'estomac, les poumons ou dans l'encéphale. Dans le Journal de médecine, par Beau, décembre 1844, M. Duchassaing rapporte un de ces cas d'hémorrhagie cérébrale qui fut observée dans le service de Fouquier et constatée par l'autopsie ; M. Morizot (De la chlorose, Thèses de Paris, 1844) cite également un cas de chlorose qui se termina par une hémorrhagie cérébrale et pulmonaire. M. Beau a fait l'observation que, dans les hémorrhagies chez des personnes anémiques, on trouvait souvent plusieurs extravasats à la fois, et, dans les cas rapportés par MM. Duchassaing et Morizot, on put en effet constater à l'autopsie l'existence de foyers hémorrhagiques multiples.

Les ulcères de l'estomac ne sont pas rares dans la chloro-anémie. Presque toutes les malades accusent dans cet organe une douleur gravative, qui, d'abord purement nerveuse, se complique peu à peu d'hypérhémie secondaire et de stase lente qui peuvent passer à l'état d'ulcération et produire consécutivement la perforation de la paroi stomacale. MM. Crisp et Pritchard (1) ont fréquemment observé cette terminaison. On voit quelquefois des ulcères sur la muqueuse vaginale, mais ils n'ont pas la même gravité que les ulcères de l'estomac.

(1) Crisp, *Lancet* du 8 août 1843 ; Pritchard, *Lancet* du 9 septembre 1843.

Les maladies mortelles, consécutives à la chloro-anémie, sont la tuberculisation des poumons et les affections du cœur. M. Andral a déjà fait observer que la chlorose donnait souvent lieu à des affections organiques du cœur. M. Wunderlich rapporte plusieurs observations d'affections des valvules qui paraissent s'être développées à la suite de la chlorose ([1]), et M. Hirsch, dans son travail sur l'irritation spinale, à la page 258, a consacré quelques considérations spéciales aux affections du cœur consécutives à la chloro-anémie. Quant aux tubercules pulmonaires, il est notoire qu'ils se développent fréquemment à la suite de la chloro-anémie. A. M***, admise pour chlorose à l'hôpital Jules de Würzbourg, au mois de mars 1833, y mourut de phthisie pulmonaire, le 22 mai 1834.

J'arrive maintenant à la pathologie de la chloro-anémie. Tout le monde sait que le sang subit dans cette maladie une modification particulière : diminution quantitative considérable des globules sanguins et de l'albumine, diminution qui est ordinairement en proportion directe avec l'intensité de la maladie. Partant de ce fait, on a de tout temps regardé la chlorose comme une maladie primaire du sang. Tout en acceptant cette crase du sang comme un fait accompli, je crus que la pathologie de la chlorose ne devait pas se borner là, mais qu'il importait de rechercher de quelle manière cette crase s'établissait. Pour arriver à une solution satisfaisante de cette question, il faut, avant tout, pouvoir observer exactement les débuts de la chlorose. Les médecins des hôpitaux ne pourront jamais le faire, parce que les femmes chlorotiques n'entrent à l'hôpital que lorsqu'elles se sentent incapables de tout travail. Il en est de même dans la clientèle privée; on ne consulte ordinairement le médecin qu'à une époque où les progrès de la maladie commencent à donner de l'inquiétude aux parents des malades. Le hasard d'un côté, et de l'autre la circonstance que depuis 1842 j'avais dirigé toute mon attention sur l'étude de la chloro-anémie; ces deux moments, dis-je, me fournirent l'occasion d'observer plusieurs fois cette maladie dès ses premiers commencements. La fille d'un de mes amis d'université, M. le docteur Langenbrunner, médecin attaché au tribunal de la ville de Passau, qui avait joui d'une santé excellente jusqu'à l'âge de quinze ans et demi, commença, au mois de mars 1843, à se plaindre de lassitude à la suite de petites promenades; elle avait cependant le teint fleuri comme auparavant, la coloration de la muqueuse buccale, des lèvres et de la caroncule lacrymale ne présen-

([1]) *Archiv von Wunderlich*, 1842, S. 443.

tait rien d'anomal, et il n'y avait aucun autre symptôme morbide. Je présumai de suite que c'était le début de la chloro-anémie, et cette supposition se changea peu à peu en conviction, car la malade se plaignit bientôt après de dyspnée et de palpitations lorsqu'elle montait un escalier, et en dernier lieu, enfin, elle accusait une sensation d'oppression dans l'épigastre. Ces symptômes nerveux persistèrent pendant deux mois environ ; alors seulement la peau commença insensiblement à pâlir, et trois mois après l'apparition des premiers phénomènes, le diagnostic n'était plus douteux. Jusqu'à cette époque, la malade n'avait voulu se soumettre à aucun traitement, parce qu'elle espérait toujours guérir spontanément. Bientôt après je fis une observation analogue sur une jeune paysanne qui apportait du lait au fort d'Oberhaus, et deux ans plus tard je vis les mêmes phénomènes chez une fille de onze ans, dont le père était un employé des environs de Kronach. Vous pensez bien que ces observations m'occupèrent beaucoup, et en rapprochant ce mode de développement de la chlorose des symptômes nerveux [1] qui généralement y sont si prononcés, je finis par acquérir la conviction que, dans l'origine, la chloro-anémie était une névrose de la moelle, et que l'altération du sang n'était que la conséquence d'une innervation morbide [2]. Cette manière de voir est confirmée par les recherches de MM. Becquerel et Rodier. Ces observateurs ont trouvé que parfois le sang des chlorotiques ne présente aucune trace des altérations qu'on regarde comme des signes pathognomoniques de la chloro-anémie. Une deuxième circonstance à l'appui de mon opinion, c'est que dans tous les cas d'irritation spinale, de quelque cause qu'elle provienne, qui ont persisté plus longtemps, les globules sanguins et l'albumine diminuent en proportion considérable ; enfin, nous voyons l'affection de la moelle prendre un caractère fort grave, et même devenir mortelle dans les cas de chlorose qui ont été négligés. Une dernière preuve qu'il me restait à fournir pour appuyer ma manière de voir, était celle par la thérapie : il fallait prouver que la chloro-anémie guérissait de la manière la plus sûre par l'emploi des moyens thérapeutiques qui exercent une action excitante sur la

---

(1) Les symptômes nerveux qu'on observe ordinairement sont : lassitude extraordinaire, dyspnée et palpitations nerveuses, douleur de l'épigastre, paresse du canal intestinal et par suite constipation opiniâtre, phénomènes névralgiques dans différentes régions du corps, sensibilité d'une ou de plusieurs vertèbres, bourdonnements d'oreilles et vertige, appétit perverti, sensibilité morale augmentée ou diminuée, paralysies.

(2) J'ai déjà émis cette opinion en 1845. E.

moelle. Le fer n'agit dans la chlorose que comme tonique ou altérant, et l'action mécanique qu'on lui attribue, de rendre au sang l'hématine qui a disparu, n'est pas admissible par la raison que l'hématine ne peut être produite que par le fer combiné à des substances organiques, et parce que le sulfate de cuivre, le sulfate de cuivre ammoniacal, les sels de plomb, le valérianate de zinc, la monésia, le phosphore, etc., ont produit, d'après les observations de différents praticiens, les mêmes effets que le fer, c'est-à-dire que ces substances ont rendu aux chlorotiques un sang normal. Je pourrais citer ces faits à l'appui de mon opinion, mais je ne veux me fonder que sur les observations de Pomme et Renaud ([1]), qui ont trouvé l'électricité très-efficace dans le traitement de la chloro-anémie. En outre, je crus devoir expérimenter dans le traitement de cette maladie les substances qui contiennent de la strychnine et de la brucine, et vous verrez plus loin, mon cher ami, que leurs effets thérapeutiques ont été tellement évidents, qu'il faut leur assigner la première place parmi les moyens antichlorotiques.

Mes observations sur la chlorose peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

La chlorose est une maladie qui se développe spécialement sous l'influence des constitutions médicales qui prédisposent aux affections nerveuses.

Elle affecte de préférence le sexe qui a une prédisposition marquée pour les névroses.

Elle se développe à une époque de la vie où les névroses de toute sorte sont très-fréquentes.

Son début est marqué par l'apparition de phénomènes nerveux, tandis que le sang ne présente pas encore la moindre altération.

Pendant toute la durée de la chlorose, on observe de nombreux phénomènes nerveux.

L'altération particulière du sang peut manquer même dans des casoùla m aladie est complétement développée.

Elle guérit par l'emploi de moyens thérapeutiques qui exercent une action spéciale sur la moelle.

Lorsqu'on la néglige, elle donne souvent lieu à des affections spinales chroniques et même mortelles.

Toutes ces considérations m'autorisent, me forcent même de con-

([1]) Pomme et Renaud dans le Journal de médecine, t. LXXIII, p. 197. *Hufelands neuste Annalen der franzœsischen Arzneikunde*, B. II, S. 523.

clure quo la chlorose est une affectiou nerveuse primaire, et que l'altération du sang n'est qu'un phénomène secondaire, résultant de l'innervation morbide.

Cette manière d'envisager la nature de la chloro-anémie n'est pas une théorie oiseuse, elle a une valeur pratique, car elle me conduisit à la découverte de substances qui ont des propriétés curativos toutes particulières dans cette maladie. Je vous ai déjà dit que je voulais voir si l'effet produit par l'emploi des moyons spinaux justifierait ma manière d'onvisager la pathologie de la chlorose, et qu'à cette fin je choisis des substances contenant de la strychnine et de la brucine. La première malade chez laquelle je mis ces moyens en usage était une forte et robuste meunière, âgée de trente ans environ, qui disait avoir la chlorose depuis huit ans, et qui s'était fait soigner par tous les médecins des environs, sans obtenir un résultat durable. Elle présentait tous les symptômes de la chloro-anémie, de plus, de l'œdème aux extrémités inférieures, et même un épanchement peu considérable dans la cavité abdominale. Je lui fis prendre deux fois par jour de 10 à 15 gouttes de la teinture de fèves de Saint-Ignace, et, sous l'influence de ce seul médicament, tous les phénomènes morbides, y compris l'œdème des jambes et l'épanchement abdominal, disparurent dans l'espace de huit semaines environ.

Bientôt après, je fus appelé à donner mes soins à deux jeunes filles, dont l'une avait quinze ans et demi et l'autre seize ans. Elles étaient frêles et délicates, et, quoiqu'elles eussent encore le toint fleuri, pur et très-fin, tous les symptômes annonçaient qu'elles étaient affectées de chloro-anémie. Un médecin, que l'on avait consulté avant moi, avait prescrit des ferruginoux que l'estomac trop sensible des deux malades n'avait pu supporter. Je leur fis prendre deux fois par jour 6 gouttes de la teinture de fèves de Saint-Ignace, en recommandant d'augmenter la dose de 1 goutte tous les trois jours. Au bout d'environ quatre semaines elles étaient guéries; il est vrai que chez elles la maladie n'avait pas encore fait des progrès considérables. Dans quelques autres cas encore, j'ai employé le même médicament; mon ami, M. le docteur Seligsberg, à Kronach, l'a également expérimenté, et les résultats ont toujours pleinement répondu à notre attente. M'étant ainsi convaincu de la vertu curative de la fève de Saint-Ignace dans la chlorose, je voulus voir si, associée aux ferrugineux, elle n'amènerait pas plus promptement la guérison que lorsqu'on l'employait seule, et comme, dans la plupart des cas, il y avait en outre constipation opiniâtre, j'ajoutais encore

la rhubarbe à ces deux substances. Voici la formule que j'employais :

Poudre de fèves de Saint-Ignace................	0,06
Lactate de fer ou limaille de fer porphyrisée........	0,18
Rhubarbe....................................	0,18 à 0,24
Oléo-saccharure de menthe poivrée..............	0,36

Mêler. Prendre deux paquets par jour. Avec cela, régime nourrissant et tonique, exercice en plein air. Ce traitement m'a toujours réussi depuis 1846, excepté en 1852, à Würzbourg, dans un cas rebelle à toutes les médications. Dans les cas où l'estomac trop sensible des malades ne supportait pas le fer, je commençais le traitement en donnant la fève de Saint-Ignace seule, et je n'ajoutais le lactate de fer, et ensuite le fer en substance et la rhubarbe, que lorsque la sensibilité de l'estomac avait cédé. Ma formule est d'autant plus utile qu'elle fait en même temps disparaître la constipation opiniâtre qui accompagne si souvent la chloro-anémie. Tous mes amis qui l'ont mise en usage dans leur clientèle ont remarqué qu'elle guérissait la chlorose bien plus rapidement que les ferrugineux seuls ; ils l'ont même trouvée efficace dans des cas qui avaient résisté à ces derniers. Je suis convaincu que le praticien qui l'aura employée une fois sans opinion préconçue la préférera toujours de beaucoup aux pilules de Blaud ou de Vallet.

Je ne voulais que vous communiquer les résultats de mes observations personnelles ; je ne discuterai donc ni la théorie que M. Hannon a émise sur le mode d'action des métaux dans la chloro-anémie, ni l'opinion de ce célèbre praticien français qui prétend que les ferrugineux ne développent complétement leur action thérapeutique que lorsqu'on leur associe un peu de manganèse. Si mes observations sur la pathologie et la thérapie de la chlorose sont confirmées, et que les conclusions que j'en ai tirées soient justes, toutes les opinions contraires tombent d'elles-mêmes ; je ne demande donc qu'un examen impartial de ce que j'avance.

De l'emploi de l'acide arsenieux dans les congestions apoplectiques (1).

Par le docteur Lamare-Picquot, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

Obs. II. Mme D***, habitant Lisieux, où son mari était président du tribunal civil, vint me consulter, en mai 1851, pour des accidents cérébraux qui duraient depuis que la menstruation était devenue irrégulière et nécessitaient des saignées fréquentes, sans lesquelles il lui semblait qu'elle perdait la vie violemment, tant les

(1) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 192.

congestions du cerveau étaient pénibles. Cette dame, âgée de quarante-huit ans, avait un tempérament à prédominance sanguine très-prononcée, éprouvait un grand appétit, qu'elle satisfaisait avec des viandes noires, préférées à toute autre alimentation; aux repas, elle buvait une certaine quantité de vin peu trempé d'eau.

Après une saignée faite dans un moment de grande gêne cérébrale, je reconnus que le sang était fort riche en globules : 70 pour 100 de cruor.

Mme D*** fut soumise à un régime alimentaire moins succulent; vin coupé avec trois quarts d'eau. La médication arsenicale fut commencée immédiatement, à la dose de 10 milligrammes en deux fois, dans la boisson des repas.

L'estomac, habituellement gastralgique, ne put tolérer cette dose: on la réduisit à 6 milligrammes, et la tolérance s'établit. Mme D*** en continua l'usage pendant deux mois et s'en trouva bien. Après ce temps le traitement fut abandonné.

Au mois de septembre suivant reparurent les douleurs cérébrales: saignée d'exploration de 40 grammes qui donna 68 pour 100 de cruor.

Mme D*** reprit la médication arsenicale, la continua pendant deux mois, s'en trouva bien et, quand ce mieux fut reconquis, elle abandonna le traitement comme la première fois.

En octobre 1852, Mme D*** revint à Honfleur : elle avait cessé tout traitement depuis plus de dix mois et n'avait pas souffert pendant longtemps; mais, depuis une vingtaine de jours, les accidents congestifs avaient repris le caractère de violence, comme avant le traitement; saignée de 500 grammes, afin de calmer immédiatement ces phénomènes; résultat, 355 grammes de caillot, ou 71 pour 100, et 145 grammes de sérum, ou 29 pour 100. La médication arsenieuse fut reprise à la dose de 6 milligrammes par jour; on put l'élever à 8 milligrammes; régime plus sévère.

Après un mois de ce traitement, le mieux fut très-sensible; Mme D*** le continua fort exactement jusqu'au mois de février 1853; mais alors, se trouvant très-bien, elle le cessa.

Au mois de juillet suivant, retour de quelques accidents beaucoup moins prononcés que précédemment; petite saignée d'exploration qui donne 60 pour 100 de cruor. Traitement arsenieux, à la dose de 6 milligrammes.

Mme D*** promet de le continuer sans interruption, autant qu'il sera nécessaire : il fut en effet suivi jusqu'au mois de décembre. A partir de cette époque, la quiétude du cerveau est établie complétement. Les règles avaient disparu au commencement de 1854.

Mme D*** n'a plus éprouvé aucun des phénomènes congestifs qui menaçaient tant son existence. (Novembre 1855.)

Chez Mme D***, comme chez plusieurs autres personnes atteintes de congestions apoplectiques, j'ai observé que la surexcitation cérébrale réagissait sur les fonctions de la digestion de manière à provoquer beaucoup d'appétit et à faire préférer l'alimentation la plus substantielle à toute autre.

Obs. III. M. P***, juge de paix à Beusseville (Eure), âgé de soixante-trois ans, éprouvait, depuis plusieurs années, des vertiges et du trouble cérébral qui lui faisaient redouter, à cause de son tempérament sanguin, une attaque d'apoplexie : les évacuants ne l'avaient pas soulagé. M. P*** vint me consulter en mars 1855 ; il fut soumis à la médication arsenieuse, à la dose de 4 milligrammes, puis à celle de 6 milligrammes, en deux fois. Ce traitement fut continué pendant près de cinq mois. J'ai revu M. P*** en 1856 : il n'a plus éprouvé d'accidents congestifs et, à la moindre apparence de retour, il est tout prêt à recommencer l'usage du moyen qui l'en a débarrassé.

Obs. IV. Le 5 janvier 1856, on apporte à l'hôpital de Honfleur le nommé Déjazet. Cet homme est âgé de trente-huit ans et fait un usage excessif de liqueurs fortes. A ma visite je trouve le malade sans connaissance; il est atteint d'une hémiplégie du côté droit, avec distorsion considérable de la bouche : l'hémorrhagie cérébrale avait eu lieu le 4, après un excès de boisson. Plusieurs petites saignées en trois jours ; le sang de la première saignée donne 80 pour 100 de cruor.

Après plusieurs jours de l'usage des évacuants et de la limonade stibiée, Déjazet reprend connaissance et me raconte ses excès. Le 10 janvier, il est soumis au traitement arsenieux, qu'il tolère très-bien à la dose de 15 milligrammes en trois fois : le 15, la dose est élevée à 20 milligrammes.

Le 5 février, Déjazet va fort bien : il commence à se servir des membres qui avaient été frappés d'apoplexie. Une petite saignée de 20 grammes donna pour résultat 54 pour 100 de cruor. Continuation de la médication arsenieuse, à la dose de 15 milligrammes; régime alimentaire léger.

Le 11 février, Déjazet me dit que la vie de l'hôpital ne lui va pas en temps de carnaval; je suis forcé de lui donner sa sortie pour le lendemain. Il commençait à marcher et à se servir du bras; la torsion de la bouche était encore très-prononcée. La guérison de Déjazet sera-t-elle durable avec ses habitudes ?

Obs. V. M. D***, propriétaire à Trouville-sur-Mer, fut atteint, à l'âge de cinquante-trois ans, d'une hémorrhagie cérébrale qui entraîna la paralysie de tout le côté gauche et fut suivie d'un grand désordre dans l'intelligence. Il fut soigné par un médecin du lieu : saignées répétées et purgatifs ; régime alimentaire léger. Deux autres attaques survinrent encore dans la même année 1853; comme elles étaient moins fortes que la première, on usa des mêmes moyens, mais avec moins d'énergie.

M. D*** vint me consulter au commencement de l'année 1854. Il commençait alors à se servir du bras gauche, traînait la jambe du même côté, marchait avec peine, parlait difficilement, mais avec plus de suite dans les idées que huit mois auparavant. Je conseillai la médication arsenieuse, à la dose de 8 milligrammes par jour, en deux fois. Le traitement fut ainsi continué jusqu'à la fin de l'année avec beaucoup d'exactitude.

M. D*** vint me revoir au mois de février 1855. Une grande amélioration s'était opérée : le bras était presque libre, la marche assez facile, la parole aisée, l'intelligence avait fait beaucoup de progrès. La dose de l'acide arsenieux fut portée à 12 milligrammes en trois fois : matin, midi et soir. Le régime alimentaire fut maintenu léger : au lieu de pain il mangeait des pommes de terre, des légumes tendres, du poisson et des fruits. L'acide arsenieux, bien toléré, fut continué pendant toute l'année.

En 1856, M. D*** avait encore progressé en mieux : même médication qui ne fut interrompue que tous les trois mois, par une pause d'une trentaine de jours.

En 1857, M. D*** continua de prendre l'acide arsenieux, à la dose de 8 milligrammes, et faisant un temps de repos de loin en loin : il avait recouvré toute son intelligence, sa marche était libre et facile ; il n'y avait plus de trace de maladie.

En 1859, M. D*** suit encore le même traitement; il n'a changé son régime alimentaire qu'en y ajoutant des viandes blanches; il ne boit que de l'eau et rend une sorte de culte à l'acide arsenieux.

Obs. VI. M. G***, inspecteur de l'instruction primaire, habitué à faire deux bons repas et à prendre invariablement du café dans lequel il mettait une forte goutte d'eau-de-vie, avait ressenti, dès le mois d'octobre 1858, des vertiges d'abord peu persistants; mais une fois cette sorte de malaise dura tout un jour. M. G*** a cinquante huit ans, est un peu obèse et n'est coloré à la face qu'après le dîner. Se trouvant en tournée d'inspection à Honfleur, il fut atteint d'une congestion apoplectique intense, et voici comment il me décrivait ses sensations : « Le 10 décembre dernier, je commençai par éprouver des troubles vertigineux, dont l'intensité alla en croissant durant un intervalle d'environ dix minutes, jusqu'à ce que je perdisse la perception des objets extérieurs. Après sept ou huit minutes, la connaissance me revint; je pus voir, entendre et parler; mes facultés intellectuelles n'avaient éprouvé aucune atteinte, mais je me trouvais dans un état de prostration absolue. La tête me semblait être une voûte de four où roulaient des tourbillons de vapeur et, pendant ce temps, la vue, l'ouïe et la pensée y étaient comme noyées. Quand la tête se dégagea, je ressentis vers le cœur un afflux brûlant, qui amena une sorte de défaillance; une réaction se manifesta, le pouls prit de l'énergie, je fus saigné et j'éprouvai aussitôt un mieux sensible. »

J'avais trouvé M. G*** dans un état de pâleur cadavérique, et je craignais une mort prochaine. Après une saignée de 253 grammes, j'employai les évacuants salins joints au tartre stibié à petite dose. Le 12 décembre, l'examen du sang me donna pour résultat 80 pour 100 de cruor. Le 13, une nouvelle congestion, moins forte, se manifesta. Le 14, nouvelle saignée de 480 grammes, qui donna pour résultat 64 pour 100.

M. G*** fut soumis à un régime très-léger et commença l'usage de l'acide arsenieux, à la dose de 7 milligrammes en trois fois. Il

put retourner dans sa résidence le 28 décembre. Le 6 et le 21 février, il éprouva encore quelques atteintes de congestion cérébrale.

Revenu à Honfleur le 23 mai, M. G*** me dit qu'il n'avait pas toujours été très-exact à prendre la solution arsenieuse. Une petite saignée d'exploration de 36 grammes donna pour résultat 58 pour 100 de cruor. La marche croissante de l'amélioration était en rapport avec les éléments du sang. M. G*** est présentement en fonction à la Flèche; son état de santé s'améliore de jour en jour, et il doit continuer l'usage de l'acide arsenieux, à la dose de 6 milligrammes en trois fois. J'ai revu M. G*** le 25 juin, il va très-bien et continue son traitement (1).

On m'a fait cette objection : « Vous avez toujours débuté, dans le traitement de l'apoplexie, par l'emploi de la saignée; vos malades ont bénéficié de son action. »

Il est vrai que, dans des cas très-graves, j'ai parfois débuté par une saignée de 200 ou 300 grammes et même jusqu'à 500. Alors il me paraissait indispensable de soulager le trop-plein de la circulation et de faire du vide promptement, quand le cerveau se trouvait le siége d'une congestion violente. Mais dans les cas de congestion, sans menace de danger d'hémorrhagie et surtout depuis que l'expérimentation, répétée un grand nombre de fois, est venue fortifier ma confiance dans la puissante action de l'acide arsenieux, les saignées d'exploration m'ont paru moins nécessaires et, quand j'en ai fait, 15 ou 20 grammes de sang me suffisaient pour apprécier les rapports de ses éléments. Il est facile de reconnaître, à première vue, une nature pléthorique et d'en établir la différence avec une constitution lymphatique. Après qu'on a fait usage de l'acide arsenieux pendant une quarantaine de jours, l'état calme du cerveau, le sentiment de bien-être général que les malades éprouvent, sont des conditions qui peuvent, en quelque sorte, suppléer à l'expérimentation de la saignée d'exploration. Cependant, les présomptions ne valent pas des réalités; elles ne peuvent parler autant à la conviction ni faire acquérir le degré de certitude que fournit l'examen d'une petite saignée. Or 15 ou 20 grammes de sang

(1) Le mémoire que j'ai adressé à l'Académie contenait douze observations, dont plusieurs avaient exigé de longs et minutieux détails; un supplément au mémoire en contenait neuf autres recueillies de 1856 à 1858. Le tout a été communiqué à M. le rédacteur du *Bulletin général de Thérapeutique*. Tous ces faits ne peuvent être publiés par un journal, quelque dévoué qu'il soit aux progrès de la science. Mais tous les éléments de la question seront mis au jour très-incessamment, afin que les praticiens, qui ne reculent pas toujours devant des descriptions, souvent nécessaires, mais parfois fastidieuses, puissent y trouver l'ensemble de tout le travail.

soustraits à la circulation générale peuvent-ils exercer une influence soutenue, durable pendant plusieurs mois, dans le cas d'une congestion apoplectique active? Au point de vue de l'action dérivative des petites saignées, on pourrait soutenir l'utilité de ces saignées répétées; mais, je le redis, je ne me sers que rarement des saignées d'exploration, surtout depuis 1856.

Depuis dix ans que j'emploie l'acide arsenieux dans le cas de congestion apoplectique, cet agent a constamment répondu à mon attente. J'en suis aujourd'hui au vingt-troisième fait de guérison pour des cas primitifs, et si j'y joins les faits de récidive, chez des sujets prédisposés, par état constitutionnel, à ces retours offensifs, je grouperai quarante-trois ou quarante-quatre faits sans qu'il soit advenu, dans ma clientèle, un seul cas de mort par apoplexie.

L'acide arsenieux, comme remède antiphlogistique, hyposthénisant, est l'agent principal que j'emploie avec les précautions et aux doses indiquées. Or, comme la guérison des congestions apoplectiques a toujours suivi l'administration de ce médicament, je suis fondé à lui donner une grande valeur dans l'histoire de la thérapeutique de l'apoplexie. Mais comme il faut que l'homme sorte de la vie par une porte quelconque, je n'ai jamais essayé de ce moyen chez les vieillards débiles frappés d'apoplexie.

Si l'on a égard à certaines causes de l'apoplexie cérébrale, il y en a où les émissions sanguines et l'acide arsenieux pourraient être nuisibles. Sous l'influence de ces pertes de sang ou de l'emploi d'un agent très-hyposthénisant, les organes parenchymateux, chez certains individus, peuvent passer à un état d'hypérhémie, et cette nouvelle gêne pourrait terminer la vie d'un apoplectique par une congestion séreuse. Il faut donc, chez les vieillards très-avancés en âge et très-débiles, et même chez les adultes, qui ont les éléments du sang fort peu riches en globules, user de la saignée et de l'acide arsenieux avec une grande circonspection.

Que si les résultats que j'ai obtenus sont encore loin de suffire pour résoudre l'importante question que je soulève, ils témoigneront assez positivement en faveur de l'emploi de l'acide arsenieux dans les affections apoplectiques. Les médecins praticiens voudront, avec raison, connaître par eux-mêmes la valeur d'une médication que je livre aux appréciations de la science. Puissent de nouveaux essais rendre usuelle la médication arsenieuse qui est appelée à sauver la vie d'un grand nombre d'individus dans la force de l'âge, de la valeur et du talent, en les préservant d'une cause de destruction qui en moissonne chaque jour quelques-uns! Quand, au

moindre signe de congestion cérébrale, on se sera habitué à recourir à cet agent, l'apoplexie ne sera plus qu'un des moyens ordinaires que la nature emploie, aux dernières limites de la vie, pour rappeler à elle son œuvre.

La saignée, par son action hyposthénisante et modificatrice des éléments du sang, soulage beaucoup dans les congestions apoplectiques cérébrales ; mais guérit-elle la maladie ? Il n'est donc pas étonnant que des médecins, après avoir rencontré des faits analogues à l'observation qui m'est personnelle, rejettent l'emploi de la saignée dans l'apoplexie. Un professeur fort distingué de l'Ecole de Strasbourg s'écriait dernièrement fort éloquement : « Dans ces cas-là que ferez-vous ? vous croirez-vous autorisés à rester les bras croisés, en vous bornant à recommander la diète, le repos, la liberté du ventre, etc., etc. »

Il en est de l'apoplexie avec hémorrhagie comme du choléra ; dans ces deux affections, il apparaît toujours quelques prodromes ou symptômes précurseurs. Quand les prodromes du choléra sont soignés de bonne heure, on prévient ordinairement l'invasion des accidents violents, dont le remède n'est pas encore trouvé. Pour prévenir l'apoplexie dite foudroyante, qui marche en silence, éclate comme la foudre, surprend et tue l'homme au milieu de son existence, il faut tenir compte et prendre en considération les congestions cérébrales légères, qui pendant quelque temps la précèdent. Résulte-t-il de ce qui précède que, pour nous, la saignée est inutile ou dangereuse dans le traitement de l'apoplexie? Non certainement. Nous nous servons de ce moyen, nous l'avons dit, dans les cas graves. Nous considérons que la saignée agit alors comme dans une machine à vapeur la soupape de sûreté, qui, en permettant à la vapeur accumulée de s'échapper, diminue la compression des parois de la chaudière et s'oppose à l'explosion de la chaudière.

On a fait une objection contre l'emploi de l'acide arsenieux à petite dose et continué pendant longtemps. Dans ce cas, a dit récemment M. Aran, l'acide arsenieux a l'inconvénient de ne pas être entièrement éliminé de l'organisme ; il s'en retrouve des traces dans les organes parenchymateux, alors même que les urines, émonctoire que l'organisme emploie avec une grande activité, pour se débarrasser des portions non assimilables, n'en contiennent plus du tout.

Parce qu'on a rencontré des traces d'acide arsenieux dans le cerveau, le poumon et le foie, est-ce à dire qu'il ne faut pas invoquer ce médicament spécifique contre une maladie aussi terrible, et qui

tue aussi vite que l'apoplexie? Je conçois que dans une névrose, comme la chorée, on porte tout d'abord l'acide arsenieux à la plus haute dose possible, afin d'arrêter, par ce puissant hyposthénisant, les désordres du système nerveux surexcité. Mais la médication ne peut être la même quand il s'agit du traitement des congestions apoplectiques, affection qui se reproduit facilement, soit à cause de l'état constitutionnel de l'individu, soit à cause du régime de vie. Il est résulté de mes nombreuses observations, recueillies consciencieusement, que l'acide arsenieux, employé pendant longtemps à la dose de 4 à 6 milligrammes par jour, ne m'a jamais laissé découvrir le moindre désordre fonctionnel. Ainsi, j'en ai pris pendant près de neuf mois consécutifs à beaucoup plus forte dose; Mme D*** (*Obs. II*) en a régulièrement pris pendant cinq mois; M. D*** (*Obs. V*) en prend pendant cinq à six mois chaque année. Nous jouissons tous d'une bonne santé. On ne peut donc conclure que les traces d'acide arsenieux, que nous avons pu posséder ou que nous portons dans nos organes parenchymateux, ont altéré les fonctions de la nutrition ou toutes autres.

Je retiendrai encore un moment l'attention de mes confrères sur un point important de la question : l'acide arsenieux fera-t-il plus que guérir pour un temps? empêchera-t-il les rechutes?

Dans l'observation citée n° 1, j'ai dit que, pendant près de cinq ans, je n'avais plus pris un atome d'acide arsenieux, et que, durant cette longue période, je n'avais pas ressenti le moindre trouble cérébral. Jusqu'au commencement de 1856 je continuais à jouir d'une excellente santé; mais, dans la nuit du 5 janvier, je fus aux prises avec un cauchemar pénible, qui me réveilla en sursaut et me laissa tout étonné d'une sorte de retentissement à la tête, qui durait encore le matin. Les jours suivants, j'éprouvai une sensation semblable à celle d'une calotte légèrement serrée au pourtour de la tête : la persévérance de ce symptôme me rappela mon passé. Une petite saignée d'exploration de 15 à 20 grammes fournit un sang riche en globules : 66 pour 100 de cruor. Je me remis à l'usage de l'acide arsenieux, à la dose de 10 milligrammes, que je continuai jusqu'en mars ; je réduisis alors la dose à 8 milligrammes. Au mois de mai, je me trouvais parfaitement bien et je cessai le traitement. J'ai fait observer précédemment que ma constitution est caractérisée par une prédominance sanguine très-prononcée : me voilà arrivé à ma soixante-sixième année, et l'âge n'a pas encore atténué cette prédisposition aux congestions apoplectiques. Ainsi, en mars 1859, j'éprouvai des bourdonnements d'oreilles, du malaise à la tête; le facies

était plus coloré que de coutume; lourdeur et fatigue dans la locomotion, sommeil agité et pénible. Ces signes me rappelant mes antécédents, je me fis faire une saignée d'exploration de 20 grammes, qui me donna pour résultat 64 pour 100 de cruor. Je me hâtai de recourir encore à l'acide arsenieux, à la dose de 6 milligrammes, et aujourd'hui j'en ressens tous les bienfaits : ma tête est parfaitement libre, et je suis fort dispos de corps et d'esprit. Ce dernier fait me semble fournir un enseignement. C'est que chez les sujets à constitution essentiellement sanguine, les prédispositions maladives dépendant de cet état, telles que les congestions cérébrales, peuvent bien être modifiées pour un temps plus ou moins long, mais la nature tend toujours à reprendre ses droits. C'est donc à l'homme, dans l'âge de retour et pendant la vieillesse, quand l'intelligence n'est pas usée, à écouter ses sensations pour prévenir, autant qu'il est en lui, celles qui préparent sa destruction.

Il résulte, comme corollaire de ce qui précède, que le traitement par l'acide arsenieux ne peut modifier à toujours les prédispositions apoplectiques; qu'à la moindre forme congestive vers le cerveau, les personnes à prédominance pléthorique doivent recourir au moyen qui détruit promptement cette congestion, et en continuer assez longuement l'usage afin de prévenir les récidives.

CONCLUSIONS.

1° L'apoplexie est méconnue dans son essence.

2° L'épanchement sanguin, dont on la fait dépendre, n'est qu'un phénomène secondaire.

3° Il est facile de se rendre maître des prodromes de l'apoplexie.

4° A quelque point de vue que l'on se place, l'apoplexie est due à un accroissement, outre mesure, des globules du sang.

5° L'acide arsenieux est une précieuse ressource thérapeutique dans toutes les congestions de forme apoplectique cérébrale.

6° Le premier effet de l'acide arsenieux paraît être de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique.

7° Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenieuse, de constater l'état de richesse ou d'altération du sang, car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsenieux accroîtrait cette condition anomale.

8° L'action de l'acide arsenieux se liant d'une manière intime avec le résultat de la digestion, on est conduit à en faire usage au moment des repas, afin d'en faciliter l'assimilation.

9° Il est nécessaire de prolonger l'usage de l'agent au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée.

10° La médication arsenieuse a pour résultat de diminuer les conséquences fatales des congestions cérébrales, quand on est prédisposé à l'apoplexie par une constitution à prédominance sanguine.

11° Quelle que soit l'utilité grande de l'acide arsenieux, pour préserver de l'apoplexie, on ne peut la considérer comme absolue : le médecin ne peut se dispenser de faire une étude, pour chaque malade, afin de tenir compte du genre de vie, des idiosyncrasies et des conditions pathologiques.

12° La dose de l'acide arsenieux, de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour, a été généralement suffisante.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des résections sous-périostées (¹).

Par le docteur L. Ollier.

III. *L'état de maladie des os n'annihile pas généralement dans leur périoste le pouvoir de les reproduire. La science possède déjà un certain nombre de faits très-probants.*

Toute maladie qui modifiera la composition anatomique du périoste ou qui en détruira les parties essentielles devra nécessairement diminuer ou même annihiler les propriétés qu'il possède normalement. On a souvent de la peine à le reconnaître, au milieu des fongosités qui entourent un os carié; dans d'autres cas, il participe à une altération cancéreuse, qui a pris naissance dans l'os ou dans la moelle. Il est évident que dans ces cas-là la conservation serait une chose inutile ou dangereuse. Aussi dirons-nous que, pour tenter la régénération osseuse par la conservation du périoste, il faut que cette membrane soit saine ou susceptible de le redevenir, c'est-à-dire qu'elle n'ait pas éprouvé ces désorganisations profondes, qui ne permettraient pas d'espérer son retour à l'état normal, ou qui du moins seraient pour longtemps un obstacle à la cicatrisation de la plaie. Est-il simplement épaissi et vascularisé, ou bien semble-t-il le siége d'un bourgeonnement de bonne nature : il faudra le ménager et on aura les meilleures chances de lui voir reproduire l'os. L'expérience l'a déjà prouvé un certain nombre de fois ; elle a même démontré que l'os nouveau ne participe pas alors à la maladie de l'ancien.

(¹) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 208.

Nous allons rapporter quelques observations qui seront plus probantes que tous les raisonnements ; l'une est tirée du travail de M. Larghi, et fait partie de cette belle collection de faits qui font le plus grand honneur à cet habile chirurgien (1) ; l'autre a été prise à la Pitié dans le service de M. Maisonneuve ; la troisième se rapporte à un malade opéré récemment par M. Verneuil, à l'hôpital Beaujon.

Obs. I. *Reproduction de l'humérus droit après l'extraction sous-périostée.* — Frolla Bernardo, cordonnier, âgé de vingt ans, entré le 20 juin 1845 à l'hôpital de Verceil; opéré le 28 du même mois, sorti le 30 août suivant.

Tempérament éminemment scrofuleux.

Le volume de l'humérus est au moins doublé à sa partie moyenne. Au côté externe du bras sont trois ouvertures qui fournissent de l'ichor purulent. Les mouvements des articulations du coude et de l'épaule sont libres.

Le tissu cellulaire qui entoure le bras est engorgé et induré. La maladie date de six ans : au dire du malade, plusieurs fragments osseux ont été éliminés dans les années précédentes. Le malade insiste pour qu'on le délivre de son mal et il est disposé à se laisser amputer le bras, d'après le conseil qui lui a été donné par quelques chirurgiens.

La dureté que présentait l'humérus, surtout à la partie externe du bras, me fit croire que l'os avait subi la transformation éburnée. L'exploration me fit connaître une vaste cavité intérieure. Je pensai aussitôt devoir recourir à l'extraction sous-périostée. Je fis une incision intermusculaire entre le triceps d'une part, le deltoïde, le biceps et le brachial antérieur de l'autre. Cette incision s'étendait du voisinage de l'épine de l'omoplate au voisinage de la tubérosité externe (épicondyle de l'humérus). D'un seul trait j'incisai la peau, l'aponévrose et le tissu cellulaire sous-jacent.

J'incisai le périoste au-dessous du col chirurgical de l'humérus, et l'incision fut continuée jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité inférieure externe de l'humérus.

Je commençai alors à détacher avec le poinçon (*leva o ponteruolo*) et la lame triangulaire les lèvres du périoste. Cette membrane était très-adhérente dans le voisinage du sinus ; aussi la dissection fut-elle lente. A mesure que la dissection avançait on éprouvait moins de difficultés. On manœuvrait plus aisément le poinçon ; on pouvait se servir de l'index et de la lame d'acier recourbée qu'on introduisait entre l'os et le périoste. L'os fut scié avec la scie à chaîne.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Je ne pratiquai aucune ligature. La cavité périostale fut conservée dans sa totalité ; elle fut à peine endommagée à son côté externe. Le périoste était rouge et velouté.

Sept points de suture ne comprenant que la peau et le tissu adipeux. J'évitai de comprendre le périoste.

(1) *Operazione sottoperiostee*, Torino, 1855, p. 116.

La suture achevée, le membre ne fut plus retenu par les aides et se contracta vivement.

Après un instant de repos, je procédai au pansement. Je mis le membre dans une double gouttière de carton, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Le membre, légèrement fléchi, fut posé sur un coussin. Il ne survint aucune réaction. Je fis le premier pansement au cinquième jour; j'enlevai les points de suture les plus hauts et les plus bas. Ceux du milieu furent enlevés le lendemain.

Le membre se contractant pendant les pansements, je ne pansai que tous les deux jours. *Il n'y eut pas de suppuration*. Au dixième jour, le membre avait sa forme cylindrique.

Chaque jour légère extension et contre-extension aux extrémités du membre.

Je n'explorai pas le bras au niveau de l'os extrait avant le trentième jour. Je plaçai alors la main au-dessous du membre, je le soulevai et je reconnus la continuité de l'os.

Peu à peu, le malade commença à soulever le membre. Il avait la même longueur que le membre opposé, mais il était plus gros.

Le 10 août, je l'explorai de nouveau et je sentis décidément avec les doigts l'os nouveau qui était seulement un peu plus gros.

Le malade souleva commodément le bras dans les jours suivants. Il voulut absolument sortir le 30 août. Il me fut impossible de le retenir, comme je l'aurais désiré, pour juger par moi-même des modifications ultérieures de l'os nouveau.

Quand il sortit de l'hôpital, il pouvait se servir commodément de son membre pour se vêtir, porter les aliments à la bouche, etc.

L'issue de l'opération fut très-heureuse, parce que la réunion eut lieu par première intention, et parce que l'os fut non-seulement reproduit, mais conserva sa longueur naturelle, et enfin parce que la main, le bras et l'avant-bras conservent l'intégrité de leurs mouvements.

Obs. II. *Ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur. — Résection de la branche montante droite de cet os. — Reproduction de la partie enlevée.* — Victor Nieux-Montagne, âgé de dix-huit ans, infirmier à la Pitié dans le service de M. Maisonneuve.

Ce malade avait, au niveau de l'angle de la mâchoire et de la branche montante de cet os, une tumeur dure, de consistance osseuse, non suppurée, mais rendant la mastication et l'écartement des mâchoires impossibles.

M. Maisonneuve pratiqua, vers le 1er novembre 1857, la résection de la branche montante de cet os. Le trait de scie partant de la ligne de séparation qui existe entre la première et la deuxième grosse molaire fut dirigé en bas et un peu en avant, de manière que toute la portion de l'os couverte par le masséter fût emportée.

La pièce fut présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 4 novembre 1857. « M. Maisonneuve croyait d'abord n'avoir affaire qu'à une simple ostéite produite par la pousse vicieuse de la dent de sagesse. Après avoir mis l'os à nu et l'avoir trépané, il a reconnu

qu'il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse, et il s'est décidé à reséquer la partie malade. Le volume exagéré de l'apophyse coronoïde a rendu l'opération assez laborieuse. » (Compte rendu de la séance.) Nous avons vu le malade le 9 novembre 1858, et voici ce que nous avons observé :

La figure n'est pas très-difforme, vue de face surtout. Joue droite saillante en avant; mais en arrière, le relief formé normalement par le bord postérieur de la mâchoire inférieure est remplacé par une dépression assez profonde, au fond de laquelle se voit une cicatrice qui se continue en avant, en suivant la direction du bord inférieur de l'os. Menton tiré à droite. Quand la mâchoire inférieure est écartée de la supérieure, la canine inférieure est à 1 centimètre environ plus à droite que la supérieure; mais à l'état de repos les dents sont presque au même niveau.

La mâchoire exécute des mouvements de haut en bas et de latéralité. La mastication des aliments de médiocre consistance (pain, viande) se fait assez facilement et sans douleur.

En suivant avec le doigt le rebord inférieur du maxillaire, on reconnaît qu'une traînée, de consistance osseuse, se continue sans interruption de l'articulation temporo-maxillaire au menton. Cette traînée représente dans l'ensemble une ligne courbe, à convexité inférieure; mais en l'explorant avec soin, on constate sur son trajet deux angles obtus. L'un, situé postérieurement à 5 centimètres au-dessous de la conque de l'oreille, représente l'angle normal de la mâchoire; mais il est beaucoup plus obtus, à peine sensible ; l'autre, plus en avant, existe au point où la production osseuse nouvelle se réunit à l'os ancien.

En pressant fortement sur ce tissu de nouvelle formation, on réveille un peu de sensibilité, mais on ne le fait pas plier.

En explorant l'intérieur de la bouche, on reconnaît que toutes les dents existent du côté droit, sauf la dent de sagesse et la deuxième grosse molaire. On ne distingue pas d'apophyse coronoïde; une corde fibreuse la remplace. En explorant plus profondément, on sent la même substance, de consistance osseuse, qu'on constate extérieurement; mais on reconnaît aussi qu'elle est recouverte par des parties fibreuses.

On ne sent pas de renflement condylien distinct, mais, en faisant mouvoir la mâchoire, on constate qu'il y a une articulation analogue à celle de l'état normal. Quand le malade serre les dents, on sent le masséter contracté recouvrir une partie du tissu osseux reproduit.

Ces caractères de la région que nous venons de décrire nous font penser qu'il y a régénération, sinon complète, du moins avancée, de la branche de la mâchoire.

M. Maisonneuve avait conservé le périoste, comme il le fait toujours en pareil cas.

Obs. III. *Résection sous-périostée du coude avec conservation d'une partie des tissus fibreux de l'articulation.* — (Hôpital Beaujon ; service de M. Verneuil, suppléant de M. Malgaigne). Devaux Jean-Baptiste, vingt-cinq ans; maréchal, ancien militaire; bonne

santé antérieure ; entre à l'hôpital le 20 décembre 1858. Il y a trois ans, en donnant un coup à faux, avec un marteau très-pesant, il sentit une douleur vive à l'articulation du coude droit. Depuis ce moment il a toujours souffert dans cette articulation. Il fut obligé de cesser son travail, sept ou huit jours après l'accident, et entra à l'hôpital militaire de Besançon, où il était encore soldat et ouvrier de batterie. — Douleurs très-vives, gonflement, fièvre, tous les signes enfin d'une arthrite aiguë. Il fut traité par des sangsues et des cataplasmes. Du pus ne tarda pas à se former, on lui donna issue avec le bistouri. Une fois l'abcès ouvert, la suppuration ne tarit plus. Au bout de cinq mois il retourna chez ses parents à Clairvaux ; là son état général s'améliora. Il est venu demeurer, il y a deux ans, à Paris.

Actuellement l'état général est toujours bon, malgré la continuité de la suppuration qui s'écoule à travers les fistules multiples ; il n'y a jamais de fièvre le soir.

Le membre est dans une demi-pronation. Le malade ne peut mouvoir le coude dans aucun sens, et les mouvements imprimés sont à peu près impossibles ; on ne peut exagérer la pronation, ni ramener le membre dans la supination ; il ne reste qu'un très-léger mouvement de flexion de l'avant-bras. L'avant-bras forme avec le bras un angle de 130 degrés. Le membre supérieur considéré dans son ensemble a la forme d'un fuseau, dont la portion renflée est à l'articulation.

Il y a deux fistules à la partie interne, trois à la partie postérieure ; une autre actuellement cicatrisée a existé à la partie externe ; ces divers trajets ayant été explorés avec le stylet, c'est le cubitus et surtout l'olécrane qui paraissent affectés. (Nous devons ces renseignements à l'obligeance de M. Cruveilhier fils, interne du service.)

M. Verneuil n'hésita pas à proposer la résection du coude. Ayant résolu de conserver le périoste pour obtenir la régénération des parties osseuses, il nous pria de lui servir d'aide. L'opération fut pratiquée le 31 janvier 1859.

Une première incision longitudinale, passant par deux trous fistuleux, fut pratiquée à la face postérieure du coude, à peu près sur la ligne médiane, mais un peu en dedans cependant. Les tissus étaient infiltrés de sérosité et de consistance lardacée ; au niveau des trajets fistuleux étaient des amas de fongosités, qui conduisirent bientôt le doigt de l'opérateur sur des parties osseuses dénudées ; l'olécrane était en partie nécrosé et l'extrémité inférieure du cubitus dénudée ou recouverte de stalactites osseuses, jusqu'à trois centimètres au-dessous de l'interligne articulaire. Le radius, qui avait d'abord paru moins malade, était au contraire plus altéré ; il était raréfié, ramolli, entouré de fongosités. L'extrémité inférieure de l'humérus fut aussi reconnue alors très-gravement affectée. L'incision longitudinale n'étant pas suffisante pour reséquer toutes les parties malades, M. Verneuil fit de chaque côté, au niveau de l'interligne articulaire, une incision perpendiculaire à la première, de sorte qu'on eût une incision cruciale. L'articulation étant alors large-

ment à découvert, on procéda à l'ablation des parties osseuses altérées. L'olécrane et la partie articulaire du cubitus furent enlevées avec des pinces et des cisailles. Il ne fut pas possible de conserver régulièrement du périoste à ce niveau, il était fongueux et méconnaissable, excepté en avant, vers le bec de l'apophyse coronoïde, où il se continuait avec les faisceaux ligamenteux qui s'insèrent à cette apophyse.

Le radius ramolli, fongueux, graisseux, baignant en plusieurs points dans le pus, n'offrit pas la moindre résistance à la cisaille. On vit alors l'extrémité inférieure de l'humérus dépouillée de son cartilage, rugueuse, entourée çà et là de fongosités et bordée par quelques éminences osseuses de nouvelle formation; au niveau de la trochlée était une cavité contenant un petit séquestre. M. Verneuil fit alors sur le périoste une incision de 4 centimètres à la face postérieure de l'os, incision qu'il prolongea ensuite peu à peu jusqu'à 8 centimètres, et s'occupa de la conservation du périoste; indication qui n'avait pu être que très-incomplétement remplie pour les parties osseuses précédemment enlevées. Le périoste était épaissi et très-adhérent en bas, au niveau des ostéophytes que nous avons signalés; il fut là assez difficile de le détacher; mais à mesure qu'on avançait, la dissection devenait plus facile, malgré la présence des rugosités ou des écailles osseuses de nouvelle formation, qui sillonnaient la surface de l'os. L'humérus ayant été dénudé tout autour, soit avec un simple grattoir d'amphithéâtre, soit avec le bec de la sonde-rugine, on en détacha par un premier trait de scie un fragment de 6 centimètres environ. L'os, assez dur à la périphérie, par suite de la couche de nouvelle formation que nous avons signalée, et qui remontait jusqu'à ce niveau, était au contraire à son centre gras, fongueux et ramolli; il y avait même une petite collection de pus au milieu des fongosités. Il fallut alors le dénuder jusqu'à ce qu'on arrivât à la partie saine, et on enleva par un second trait de scie un second fragment de 2 à 3 centimètres. L'os avait à ce niveau à peu près son volume normal; mais il était encore raréfié et vascularisé.

L'extrémité inférieure de l'humérus enlevée, on revint aux os de l'avant-bras, dont la résection n'avait pas été complète; on enleva encore 2 centimètres du cubitus, en conservant une petite manchette de périoste tout autour.

De la sorte on avait enlevé 12 centimètres au moins du squelette du membre supérieur, 8 ou 9 de l'humérus et 3 ou 4 des os de l'avant-bras. Le périoste avait pu être régulièrement conservé autour des trois quarts supérieurs du fragment huméral. Quant aux os de l'avant-bras, ce n'est guère qu'autour du cubitus qu'on a pu régulièrement en conserver quelques lambeaux.

Le soir de l'opération, pas de fièvre.

Le 1er février, le malade a dormi un peu pendant la nuit; il ne souffre pas; le pouls est à peu près normal.

Le soir, un peu d'accélération du pouls; légère chaleur à la peau.

Le 2 février, pas de fièvre, le malade est tranquille; il a dormi un

peu dans la nuit. Il prend avec plaisir les aliments qu'on lui donne; hier déjà il avait mangé une côtelette.

Le 8 février, la suppuration est établie; elle est assez abondante; le malade dort et mange bien.

Le 22 février, la plaie est cicatrisée en grande partie. Il n'y a plus qu'un point de suppuration au niveau où les incisions se réunissent. On ne peut pas dire encore s'il y a des productions osseuses nouvelles; mais les extrémités osseuses sont renflées, et au niveau de la portion de l'humérus enlevée on sent une tuméfaction qui n'est nullement douloureuse à la pression.

Le 2 mars, cette tuméfaction se durcit et se limite de plus en plus; en pressant avec le doigt, on reconnaît une consistance osseuse. La plaie ne suppure pour ainsi dire plus; il n'y a qu'un trou presque imperceptible. Le malade se lève et soutient lui-même son bras, qui a toujours été laissé dans l'extension.

Le 31 mars, le petit trou ne se ferme pas; de temps en temps un peu de suppuration.

Le 8 avril, une esquille de 2 centimètres se présente à la plaie (le malade dit alors l'avoir sentie lui-même depuis près de trois semaines en pansant sa plaie). Elle est noirâtre en partie, ce qui indique en effet qu'elle doit avoir séjourné depuis longtemps à l'entrée du trajet fistuleux.

L'extrémité inférieure de l'humérus paraît en grande partie reproduite; on sent une masse de consistance osseuse qui ne cède pas à la pression et qui n'est le siége d'aucune douleur. On imprime avec facilité quelques mouvements de flexion au coude; mais le malade ne peut pas en faire lui-même. Les mouvements des doigts et de la main s'exécutent très-bien, quoique faiblement. Il peut serrer cependant assez fortement avec les doigts. La mensuration du membre indique un raccourcissement de 5 à 6 centimètres environ. Au premier abord, il paraît plus considérable; mais en mettant la main et le bras du côté sain, exactement dans la même situation que la main et le bras du côté malade, on arrive au chiffre que nous avons indiqué.

Le 15 avril, cicatrisation complète. Le membre malade prend chaque jour de la force. Les parties sous-cutanées deviennent plus faciles à distinguer et à déterminer. On reconnaît que c'est l'extrémité humérale qui a fourni principalement les éléments de cette reproduction. On sent un vide au-dessous. Les extrémités du radius et du cubitus ne paraissent pas aussi exactement reproduites. L'extrémité inférieure de l'humérus est aussi épaisse que celle du côté opposé. La portion de l'humérus reproduite représente au moins 4 centimètres, autant qu'on peut en juger à travers la peau. Nous n'avons pu revoir le malade depuis lors; mais M. Verneuil l'ayant présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 15 juin, nous trouvons dans le compte rendu les renseignements suivants :

Les extrémités des os reséqués sont solidement unies par des tissus fibreux résistants qui laissent toutefois encore une très-grande mobilité entre le bras et l'avant-bras.

Le fait majeur dans le cas actuel consiste dans la présence des

renflements osseux bien marqués qui terminent les os reséqués. L'extrémité inférieure de l'humérus offre au moins 3 ou 4 centimètres dans ses différents diamètres, quoique la section ait atteint la diaphyse. Le même épaississement se retrouve sur l'extrémité correspondante des os de l'avant-bras. Ces renflements osseux sont encore distants entre eux d'un travers de doigt environ.

C'est certainement à la conservation du périoste qu'il faut rapporter cette heureuse disposition. Cette enveloppe fibreuse conservée a sécrété de l'os par sa face interne et a reproduit des espèces d'épiphyses. En effet, quoique 11 centimètres (au moins) de l'humérus aient été retranchés, si on mesure les deux bras dans une position symétrique, le membre n'offre que 6 centimètres de raccourcissement.

Lorsque le bras est pendant, l'articulation du coude est dans un état de flexion assez prononcée et l'avant-bras paraît encore assez pesant. On peut cependant mettre le membre dans l'extension complète et dans la flexion à angle droit, sans provoquer de douleurs. Mais les mouvements volontaires sont encore très-limités, à cause surtout de la faiblesse des muscles. Au moment de l'opération, les muscles étaient considérablement atrophiés.

Aujourd'hui, le membre a presque doublé de volume, et lorsque le malade essaye de fléchir l'avant-bras, on sent très-distinctement un muscle biceps qui se durcit, à la vérité, faiblement encore.

Tous les jours, toutefois, l'amélioration progresse.

Ces derniers détails, empruntés aux renseignements que M. Verneuil a fournis à la Société de chirurgie (séance du 15 juin), indiquent clairement que la conservation du périoste n'a pas été stérile. Si toute la portion d'os enlevée n'a pas été reproduite, il faut l'attribuer à la destruction du périoste lui-même au niveau des têtes articulaires et à l'impossibilité où on a été de la conserver régulièrement autour des extrémités radiale et cubitale. Nous ferons en outre remarquer que cette observation, comme celle de M. Larghi, témoigne de la simplicité des suites des résections sous-périostées. Sans le soutenir formellement, dès aujourd'hui nous croyons que la conservation du périoste, limitant le traumatisme, atténuera et rendra moins dangereuses les complications qui menacent toujours les malades après l'opération.

Ces faits, que nous pourrions multiplier, nous démontrent que la reproduction n'est pas empêchée par les modifications morbides qu'a pu subir le périoste par suite de l'altération de l'os. Nous rappellerons, en outre, pour appuyer cette vérité, tous ces cas de régénération à la suite des nécroses, dont les musées et les livres sont remplis.

Nous ferons cependant une réserve à ce sujet. L'observation clinique nous prouve que l'abondance des sécrétions ossifiables est sub-

ordonnée à certaines conditions physiologiques et pathologiques très-réelles, quoique encore mal déterminées. Les pseudarthroses sont là d'ailleurs pour nous avertir que, même avec un périoste complet, on ne doit pas toujours compter sur une réparation osseuse. L'âge avancé, certaines diathèses, certaines complications locales la diminuent ou la suppriment. Chez les animaux, du reste, nous avons pu démontrer expérimentalement l'influence de plusieurs de ces conditions. (Journal de physiologie, par Brown-Sequart, janvier 1859.)

Nous ne devrons donc pas nous étonner si la régénération fait quelquefois défaut, malgré la conservation du périoste; mais en ménageant cette membrane, nous nous serons mis dans les seules conditions où il nous soit permis de l'espérer.

Bien plus, l'expérience viendrait-elle à nous démontrer que les cas où cette régénération fera défaut sont beaucoup plus nombreux qu'on ne peut le penser dès aujourd'hui, nous n'en recommanderons pas moins la conservation du périoste. Ne fût-ce que pour limiter l'étendue de la plaie, que pour circonscrire le traumatisme, que pour opposer à l'inflammation diffuse une barrière fibreuse, la conservation du périoste serait toujours utile, prudente et rationnelle.

Des développements dans lesquels nous venons d'entrer, nous sommes autorisé à conclure que les objections qu'on pouvait faire autrefois aux résections sous-périostées ne sauraient nous arrêter désormais.

Inspirée par un fait physiologique incontestable, légitimée par une disposition anatomique à vérifier, sanctionnée par l'observation clinique, la conservation du périoste doit donc être une indication de premier ordre et entrer dans le manuel opératoire de toute résection.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules pour le traitement de l'acné.

Lorsque la maladie est légère et récente, après avoir éloigné toutes les causes qui peuvent entretenir l'affection, on doit toujours débuter par l'emploi de lotions excitantes (eau aromatique, eau alcoolisée). Ces solutions seront employées tièdes et même chaudes, l'hydrothérapie nous ayant appris à compter avec les effets de la réaction.

Si la maladie est un peu moins légère, on conseillera une cuillerée à café de la solution suivante, mêlée à un verre d'eau tiède, avec laquelle on pratiquera des lotions matin et soir :

Eau distillée..........................	100 grammes.
Bichlorure de mercure....................	1 gramme.
Alcool................................	Q. S.

Dans certaines formes d'acné, surtout l'acné ponctué et sébacé, on guérira sûrement avec les agents astringents locaux.

M. le docteur Ferrat recommande surtout les lotions à l'alun et la pommade au peroxyde de fer qu'il a vu employer avec succès dans le service de M. Hardy.

La pommade au peroxyde de fer sera composée ainsi :

Axonge..........................	30 grammes.
Peroxyde de fer....................	50 centigrammes.

Les lotions à l'alun pourront être au dixième.

Eau................................	300 grammes.
Alun................................	30 grammes.

On fera bien de commencer par une dose moitié plus faible et d'augmenter ensuite.

Les lotions seront faites le matin et la pommade sera appliquée le soir en se couchant ; ce traitement suffit dans les cas légers ; dans ceux de moyenne intensité, on remplacera la pommade à l'oxyde de fer par celle au protoiodure de mercure. On débutera par la formule suivante :

Axonge..............................	30 grammes.
Protoiodure..........................	50 grammes.

Une onction chaque soir sur les parties du visage atteintes d'acné.

On doublera ensuite la dose de protoiodure, et, si la guérison tarde à se produire ou n'est pas définitive, on emploiera le biiodure à faible dose de 5 à 50 centigrammes. On pourra même débuter par ce dernier sel dans les cas d'acné intense. Ce n'est que dans les cas rebelles qu'on devra recourir à l'iodure de chlorure mercureux sur lequel M. Devergie a publié récemment dans ce journal d'intéressants articles.

Potion contre les accès d'asthme.

Rien de plus vulgaire que l'association de l'opium et de la belladone dans le traitement des accès d'asthme ; mais à quelle dose

chacun de ces médicaments doit-il être administré ? Est-ce le narcotique ou la solanée qui doit dominer ? D'après M. le docteur Allut (d'Alais), la formule suivante fournirait la préparation la plus efficace pour triompher des accès d'asthme, alors même qu'ils sont des plus intenses :

Pr.	Infusion d'aunée ou de polygala.........	90 grammes.
	Extrait d'opium........................	5 centigrammes.
	Extrait de belladone....................	10 centigrammes.
	Sirop de Tolu..........................	30 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Sirop de biiodure ioduré de mercure contre les syphilides.

Dans le traitement des syphilides, M. Bazin administre l'iodure de potassium à la dose de 30 centigrammes jusqu'à 5 grammes, sans jamais dépasser ce chiffre. La formule qui lui a donné les meilleurs résultats est la suivante :

Biiodure de mercure..................	20 centigrammes.
Iodure de potassium..................	10 grammes.
Sirop de saponaire...................	500 grammes.

On commence par deux cuillerées de ce sirop par jour, et on arrive à quatre.

Si notre mémoire ne nous fait pas défaut, les éléments de ce sirop sont les mêmes que ceux qui composent les pilules de deuto-iodure ioduré de mercure formulées depuis longues années déjà par un médecin du même hôpital, M. Gibert.

Indépendamment de ce traitement général auquel on peut joindre, pour les syphilides anciennes et rebelles, les eaux sulfureuses d'Enghien, de Baréges, etc., il peut être avantageux d'agir localement contre les syphilides ulcéreuses en prescrivant les bains sulfureux ou alcalins, les lotions astringentes, les cautérisations, les applications toniques et antiseptiques, soit pour activer la marche de l'ulcère, soit pour combattre les complications de gangrène, etc., qui pourraient paralyser l'influence de la médication.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur le traitement de la dysentérie.

L'emploi extérieur des solanées vireuses dans la dysentérie, pour combattre l'élément douleur lié au spasme intestinal, n'est

pas une application thérapeutique nouvelle. J'ai, pour mon compte, signalé les avantages que j'ai retirés de l'emploi de ces substances, notamment à l'époque de l'épidémie meurtrière qui a sévi dans nos localités en 1854, dans un mémoire que l'Académie de médecine a bien voulu accueillir avec quelque bienveillance (séance du 14 juillet 1857).

Ma façon de procéder, toutefois, diffère en quelques points de celle qu'a adoptée M. le docteur Leclerc ([1]). C'est à la belladone et au datura qu'il a recours : il emploie les extraits de ces plantes sous forme d'emplâtre. Pour moi, je n'ai jamais fait usage que du *solanum tuberosum*, que la nature prévoyante semble avoir mis à la disposition du praticien à l'époque où, d'ordinaire, il peut être appelé à en tirer parti, pour le soulagement des malades nécessiteux.

Rien de plus simple que l'emploi de cette substance médicamenteuse. On fait préparer, avec les parties vertes de la morelle tubéreuse, une décoction concentrée, que l'on applique en fomentations sur les parois abdominales des malades. Cet épithème, que j'ai employé un très-grand nombre de fois, dans les conditions dont il s'agit, a toujours procuré aux dysentériques un soulagement immédiat et très-marqué.

Je parle surtout au point de vue des douleurs abdominales ; car, pour ce qui a trait au ténesme, je dois établir quelques réserves.

Moins heureux en cela, en effet, que mon honorable confrère de Tours, j'ai assez généralement vu cet épiphénomène se montrer réfractaire aux divers agents thérapeutiques dirigés contre lui, au point que, après avoir ouvert la scène, c'était encore lui souvent qui la fermait. Cette différence entre nos résultats tiendrait-elle à un cachet spécial aux épidémies par nous observées ? La chose n'est pas impossible. Chaque épidémie, on le sait, a ses fantaisies propres. Qu'on me permette, toutefois, à propos du ténesme, quelques réflexions.

Ce phénomène ne saurait, je crois, être considéré comme un simple spasme des fibres sphinctériennes du rectum. Il faut encore tenir compte de l'élément primordial qui, par le fait, constitue sa raison pathogénique. Je veux parler de la congestion, de l'inflammation du gros intestin. Or, comment admettre que les solanées vireuses puissent être douées, à ce dernier point de vue, d'une action curative ? Qu'elles soient aptes à atténuer l'intensité du phéno-

---

([1]) Voir la livraison du 15 août, p. 97.

mène morbide, complexe dans ses éléments, en s'adressant rationnellement à l'un de ces derniers, d'accord ; mais pour en triompher entièrement, il est indispensable de faire justice de la cause elle-même qui a engendré la manifestation épiphénoménale. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

La thérapeutique de mon honorable confrère, d'ailleurs, n'est-elle pas précisément conçue dans de telles vues ? Conjointement aux emplâtres stupéfiants, en effet, ne fait-il pas usage de la médication purgative, qui agit ici surtout par substitution ? J'avoue, pour mon compte, que c'est à ce dernier mode, beaucoup plus qu'aux solanées, que je suis porté à attribuer les bons effets de la médication qu'il préconise. Le meilleur moyen, encore une fois, de triompher du ténesme, c'est de faire justice de sa raison pathogénique.

La médication substitutive est incontestablement celle qui, dans la dysentérie, donne lieu aux résultats les plus brillants, lorsque ce sont les phénomènes locaux, quelle que soit d'ailleurs leur intensité, qui dominent la scène. Aussi ce mode de traitement est-il recommandé par les praticiens les plus éminents. Chacun peut avoir son médicament de prédilection, procéder d'une façon spéciale, sans que l'idée mère ait cessé, pour cela, d'être la même (sulfate de soude, calomel, ipécacuana, iode, sous-acétate de plomb, nitrate d'argent, etc.).

Pour mon compte, c'est au sulfate d'alumine et de potasse, administré en lavements, que j'ai accordé la préférence [1]. Ce traitement me semble préférable à la médication purgative employée en tant que méthode substitutive, parce qu'il agit plus directement, et surtout beaucoup plus sûrement. Il permet d'atteindre beaucoup plus facilement le but ; rien de plus facile, en effet, que de calculer, de graduer les effets de ce modificateur local. Cet agent thérapeutique, d'ailleurs, se recommande par sa valeur vénale presque nulle et la commodité de son emploi ; par ses propriétés irritantes, désinfectantes, astringentes, cicatrisantes. Voilà, assurément, bien des titres qui devraient le faire préférer notamment au nitrate d'argent qui n'a sur lui, il faut bien le reconnaître, que l'avantage d'être préconisé par un praticien très-haut placé.

Pour en revenir au ténesme, je crois, pour mon compte, que l'on n'en saurait instituer le traitement d'une façon banale. Dans la

[1] Doses : de 1 à 3 grammes chez les enfants en bas âge, de 4 à 10 grammes chez les adultes, en quarts de lavements réitérés deux ou trois fois par jour, s'il est nécessaire.

première période de la maladie, il convient de l'attaquer, dans sa cause pathogénique elle-même, par la médication substitutive. La phlegmasie intestinale une fois avantageusement modifiée, ce dont fait foi la nature essentiellement différente des déjections alvines, il importe de changer de batteries. Peut-être, en effet, la persistance de l'épiphénomène tient-elle à ce que la médication substitutive, dépassant son but, a eu pour effet de produire une phlegmasie thérapeutique trop intense. C'est par les émollients qu'il faut alors attaquer cette dernière. L'élément spasmodique ne doit pas non plus être négligé. Dans ces conditions donc, l'opium et les préparations stupéfiantes, administrés par la bouche; alors aussi les demi-bains, les fomentations, les fumigations, les injections rectales narcotico-émollientes.

J'ajouterai que la médication narcotique, n'étant nullement antipathique à la méthode substitutive, peut être, dans le plus grand nombre des cas, conjointement employée. Comprimant l'influx nerveux, elle a pour double effet de maîtriser l'élément douleur et de mettre en repos l'organe malade, en diminuant sa contractilité. Une telle association ne saurait donc donner lieu qu'aux plus heureux effets, lorsque toutefois il ne se fait remarquer aucun symptôme de nature à contre-indiquer l'emploi des agents stupéfiants (état typhoïde prédominant, symptômes comateux, etc.).

Il ressort clairement, je crois, de ces quelques considérations, que le traitement de la dysentérie ne saurait être formulé d'une façon banale. Telle médication peut très-bien convenir dans un cas, et n'être point applicable à tel autre. Bien plus, chaque phase de la maladie comporte nécessairement des indications spéciales. C'est au tact du praticien de discerner ces nuances, trop souvent difficiles à bien saisir. Adopter exclusivement telle ou telle méthode, c'est donc faire de la médecine en aveugle et, partant, compromettre le salut des malades.

L. Hamon, D. M.
à Fresnay-sur-Sarthe.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Trois observations de tétanos traumatique traité par le curare. — Il a été communiqué récemment à l'Académie des sciences un fait qui a fait sensation à l'égal d'un événement, et qui serait un événement, en effet, s'il était bien démontré et bien établi qu'il eût véritablement la signification qu'on lui a donnée; nous voulons parler d'un cas de guérison du tétanos traumatique

par le curare. Le curare est, comme tout le monde le sait, ce poison dont se servent les Indiens pour empoisonner leurs flèches. On sait aussi que M. Cl. Bernard est parvenu, par des expériences très-intéressantes, à étudier l'action physiologique de ce poison sur l'économie animale et à lui reconnaître une action stupéfiante sur le système nerveux, en quelque sorte antagoniste de l'action de la strychnine; si bien que ce savant physiologiste a signalé le curare comme un antidote qu'on pourrait à l'occasion opposer à l'empoisonnement par les strychnés. Un habile physiologiste de Turin, M. le docteur Vella, qui a répété plusieurs fois et vérifié les expériences physiologiques de M. Cl. Bernard, se trouvant en présence de plusieurs cas de tétanos traumatique observés sur nos blessés de l'armée d'Italie, a eu l'idée, en partant de ces données, d'essayer le curaro pour combattre cette cruelle affection. Voici, d'après la relation que M. Cl. Bernard a faite de ces faits à l'Académie, quels ont été les résultats constatés.

Les premiers essais furent faits sur deux individus attaqués de tétanos, l'un depuis quatre, l'autre depuis cinq jours, à la suite de blessures par coups de feu. Ils se trouvaient dans un état de demi-asphyxie et dans des conditions tout à fait désespérées. Même dans cette circonstance, l'application du curare amenait un calme et un relâchement musculaire qui soulageait beaucoup les malades. Cependant ils ne purent être sauvés. Dans le troisième cas, le résultat des tentatives fut complot et le malade a été entièrement guéri.

Obs. I. Le sujet était un sergent du 41ᵉ de ligne, âgé de trente-cinq ans, blessé le 4 juin, à la bataille de Magenta, par un coup de balle au pied droit, qui avait produit une fracture incomplète du premier métatarsien, avec lacération des tendons et des parties environnantes. Le malade entrait à l'hôpital militaire français de Turin, le 10 juin, n'ayant encore reçu d'autres soins que de simples pansements avec de l'eau fraîche. Le 13, on fit l'extraction de la balle, ce qui lui procura un grand soulagement. Le 16 (douzième jour de la blessure), il éprouva un peu de roideur au cou, avec difficulté de mouvoir la mâchoire et la tête, ainsi que quelques convulsions passagères. Le 17, la mâchoire était fortement serrée, et par moments le malade ne pouvait pas ouvrir la bouche. Enfin, le matin du 18, M. Vella reconnut, avec tous les médecins de l'hôpital, que ce malade était atteint d'un tétanos général bien caractérisé.

L'état du malade était si grave que M. Vella crut devoir d'abord le saigner pour combattre l'asphyxie dont il était menacé. Ensuite, après avoir débridé la plaie, il lui administra une potion fortement laudanisée qui ne produisit aucun effet. Dans l'après-midi, il se décida à l'application du curare sur la plaie. La dose fut d'abord de 10 centigrammes sur 40 grammes d'eau; mais elle fut portée, en

augmentant successivement, jusqu'à 1 gramme sur 80 grammes d'eau. — Après trois quarts d'heure, et, quand la quantité de curare était plus forte, une demi-heure, chaque application était suivie d'une diminution dans la rigidité tétanique, ensuite d'un relâchement musculaire si complet que le malade pouvait immédiatement boire, prendre quelques soupes, uriner, s'asseoir sur son lit, etc. Quand l'action du curare était finie, la jambe droite (celle blessée) était toujours la première à éprouver les secousses tétaniques qui, dans le commencement, reparaissaient avec toute leur violence. Dans les trois premiers jours de ce traitement, l'absorption par la plaie suffisait pour produire le relâchement musculaire et le calme général dont il vient d'être question. Après cette époque, M. Vella posa un premier vésicatoire sur la cuisse, et le huitième jour le répéta, afin d'avoir une large surface absorbante. Pendant quatre jours les pansements étaient renouvelés toutes les trois heures, ensuite toutes les cinq heures, jusqu'au douzième jour, où ils furent réduits à trois et même à deux dans les vingt-quatre heures. La blessure du pied et les plaies des vésicatoires ne souffraient nullement de l'application du curare; au contraire, leur cicatrisation marcha très-vite.

En résumé, le curare, qui pendant les premiers huit jours parvenait à éloigner constamment les accès, en diminuant progressivement leur intensité, a fini par les faire disparaître entièrement; et le 10 juillet le malade quittait pour la première fois le lit, sans éprouver aucune secousse convulsive. Le 15 il sortit pendant une heure, et le 25 il quitta l'hôpital, se rendant en France complétement guéri.

Depuis que ce fait est parvenu à notre connaissance, M. Manec, chirurgien de la Charité, ayant eu dans son service un sujet atteint de tétanos traumatique, a essayé aussi, à l'exemple de M. Vella, d'administrer le curare. Cet essai, malheureusement, n'a pas eu le même succès. Voici l'observation telle qu'elle a été adressée à l'Académie des sciences par le chirurgien de la Charité.

Obs. II. Le nommé Belleville, âgé de trente-neuf ans, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, le 7 septembre 1859. Ce malade avait reçu la veille un coup de timon de voiture qui avait fracturé l'omoplate droite et occasionné une chute suivie de la fracture de l'avant-bras du même côté. Son état général est assez satisfaisant; peu de fièvre; langue bonne. L'avant-bras est placé sur un plan incliné. Le malade accuse de vives douleurs. — Résolutifs laudanisés sur les parties contuses.

Le 9 au matin, la douleur est toujours vive, surtout à l'épaule et au côté droit de la poitrine. — Même prescription.

Le soir, vers cinq heures, le malade se plaint de n'avoir pu boire sa tisane et prendre son bouillon qu'avec difficulté. Il éprouve des crampes, de la roideur dans les mâchoires; douleur assez vive dans les régions frontale et pariétale. A huit heures, l'interne de garde

est appelé. Le malade est pris d'un trismus violent. — Potion avec 10 gouttes de chloroforme.

Pendant la nuit du 9 au 10, la maladie a marché : tous les symptômes du tétanos sont au complet. La tête est fortement portée en arrière, la région antérieure du cou est tendue, les muscles sterno-mastoïdiens font une saillie considérable. Tous les muscles du cou sont douloureux, surtout ceux de la région postérieure ; cette douleur s'étend dans les lombes. Impossible au malade de fléchir le cou et la région dorsale. La bouche est entr'ouverte ; les mâchoires contractées ; impossibilité d'avaler. La respiration, anxieuse, est toute diaphragmatique ; le pouls varie de 90 à 100 pulsations par minute ; la face est couverte de sueur. A des intervalles irréguliers et assez éloignés, le malade pousse des cris : c'est lorsque les muscles se contractent. Ces contractions involontaires sont quelquefois provoquées lorsqu'on le touche ; aussi demande-t il en grâce qu'on ne le touche pas. Il est prescrit une potion fortement opiacée, qui n'est reçue qu'avec la plus grande difficulté et ne peut être avalée.

Dans cette grave circonstance, nous avons jugé que c'était le cas d'essayer le curare, tout récemment préconisé par M. Vella. Mais le curare est une substance si énergique, et l'observation de M. Vella si obscure, en ce qui concerne les quantités employées, qu'avant de l'appliquer à l'homme, nous aurions été bien heureux d'avoir les conseils de M. Cl. Bernard. A son défaut, M. Vulpian, médecin des hôpitaux, que ses recherches ont rendu si habile dans le maniement de ce toxique, a bien voulu nous aider de son expérience. C'est avec son concours que tout ce que nous allons rapporter a été prescrit et exécuté. L'observation qui suit a été rédigée d'après les notes prises d'heure en heure au lit du malade par M. Beaumetz, élève très-instruit, interne de la division.

On fait une incision de 1 centimètre 1/2 avec une lancette à la partie moyenne du bras gauche, et à 2 heures 45, lorsque le sang est à peu près arrêté, on laisse tomber dans la plaie deux gouttes d'une solution aqueuse de curare, contenant 1/2 milligramme par goutte.— A 2 heures 55, deux nouvelles gouttes de la même solution sont introduites dans la plaie : pas de résultat. — A 3 heures, on fait une nouvelle plaie de 1 centimètre 1/2 à la région antéro-supérieure du thorax, à 3 centimètres au-dessous de la clavicule gauche. — A 3 heures 15, on introduit dans cette nouvelle plaie une goutte d'une solution contenant 1/2 centigramme de curare par goutte. — A 3 heures, une goutte de la dernière solution est placée dans la plaie du bras. — A 3 heures 32, une goutte de la même solution est introduite de nouveau dans la plaie thoracique.

Depuis l'administration des premières gouttes de curare le pouls a été compté de 5 en 5 minutes, les limites extrêmes ont été 130 et 96. Les mouvements respiratoires ont varié de 32 à 40 par minute. Il n'y a aucune amélioration dans l'état du malade.

A 3 heures 40, dans la plaie du bras on place une petite boulette pesant 2 centigrammes 1/2 de curare pur. Pas de changement. — A 4 heures 20, le malade est pris d'un accès convulsif assez violent. — A 4 heures 37, nouvel accès. Les accès se multiplient et se

rapprochent. — A 4 heures 55, un granule de 2 centigrammes 1/2 est placé dans la plaie thoracique. Pas d'amélioration. Les accès continuent. — A 5 heures 12, avec la seringue à injections sous-cutanées on introduit dans le tissu cellulaire de la région sus-claviculaire droite 5 gouttes d'une solution aqueuse de 20 centigrammes de curare dans 1 gramme d'eau. — A 5 heures 53, on injecte 5 gouttes de la même solution dans la région sus-claviculaire gauche. Il n'y a aucune amélioration. L'opisthotonos est de plus en plus prononcé, toute la région lombaire est prise, les accès se multiplient de plus en plus. Depuis le commencement du traitement, il n'y a eu aucune rémission dans les convulsions tétaniques des muscles du cou. — A 8 heures, injection sous-cutanée dans la région sus-claviculaire droite de 10 gouttes de la dernière solution. — De 8 à 9 heures, les accès ne cessent pas ; de 15 minutes en 15 minutes il y a des crises beaucoup plus violentes. — A 10 heures 15, le malade meurt.

En somme, depuis 2 heures 45 jusqu'à 8 heures, on a donné au malade 27 centigrammes de curare, mais toute cette quantité n'a pas été absorbée. Il faut compter au moins 8 ou 10 centigrammes de perte ; et pendant toute la durée du traitement on n'a pu constater aucune amélioration.

Le 12, à 7 heures du matin, on fait l'autopsie; elle ne donne aucun résultat, seulement elle permet de constater une fracture multiple de l'omoplate. La fosse sous-épineuse est divisée en trois portions. Rien dans le cerveau.

En présence de tels faits, que faut-il penser? Nous avons cru d'abord que le curare employé pouvait être altéré, qu'il pouvait avoir perdu de son énergie. M. Vulpian nous a assuré l'avoir trouvé parfait quelques jours auparavant. Pour plus de certitude, de nouvelles expériences ont été faites avec cette substance prise dans le même flacon, et ont prouvé qu'elle possédait toute sa puissance. Nous rapporterons les suivantes :

Première expérience. — Sur un chien de forte taille, du poids de 51 livres, M. Vulpian insinue dans le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque 2 centigrammes de curare en solution dans 3 ou 4 gouttes d'eau: quelque temps après, l'animal était chancelant, comme ivre : il était alors 12 heures 45; à 2 heures, cet état était tout à fait dissipé. — A 2 heures 55, dans une nouvelle plaie du cou, on introduit 5 centigrammes de curare dans quelques gouttes d'eau. — A 3 heures 6, l'animal est couché sur le flanc ; à 3 heures 25, il est mort.

Deuxième expérience. — Sur un chien vigoureux, du poids de 9 livres, on incise la peau de la région supérieure du cou, on écarte le tissu cellulaire de façon à faire une petite cavité, dans laquelle on introduit un granule du même curare, de 1 centigramme 1/2; il était 2 heures 11. Pendant 7 ou 8 minutes, l'animal n'offre aucun phénomène morbide; à 2 heures 20, il est couché sur le flanc, et à 2 heures 25 il est mort.

Puisque l'agent employé n'avait rien perdu de sa force, dit en terminant M. Manec, faut-il admettre, pour expliquer son inefficacité sur notre malade, que l'état tétanique rend l'organisme réfractaire à l'action du curare comme à celle de l'opium ?

M. Vulpian, qui, dans une note publiée par la Gazette hebdomadaire, aborde à son tour les causes d'insuccès du curare chez le

malade de la Charité, fait observer avec raison que « c'est le système bulbaire et rachidien des centres nerveux qui est surtout excité dans le tétanos, ce sont les nerfs sensitifs qui fomentent cette excitation : qu'importe que la motricité nerveuse soit diminuée? Les convulsions seront moins frappantes pour l'observateur, elles seront pour ainsi dire moins saillantes, mais leur effet sera aussi funeste. Pour ne parler que de l'appareil respiratoire, tous ses muscles n'entreront pas moins en contraction au moment des accès, sans permettre aux inspirations de se faire. C'est sur les centres nerveux, c'est sur les nerfs sensitifs qu'il faut agir, et non sur les nerfs moteurs. »

Aussi notre sagace confrère conclut-il : « L'essai que nous avons tenté servira de point de départ à d'autres expérimentateurs. Nous pensons qu'ils feront bien de se mettre exactement dans les conditions de M. Vella. L'application du curare sur la plaie même a peut-être une influence très-grande sur les résultats. Qui sait si le curare n'agit pas alors sur les extrémités des nerfs contus, tiraillés, déchirés, comme pourrait le faire peut-être aussi le sulfate d'atropine, de façon à supprimer complétement les excitations qui partent de la plaie pour aller ébranler le système nerveux central?

« La valeur de ce nouvel agent thérapeutique ne peut être définitivement jugée que lorsque les essais se seront multipliés. Il faut se résigner à laisser de côté les vues théoriques et physiologiques qui ont amené la médecine à traiter le tétanos par le curare; elles sont erronées. C'est désormais une pure recherche empirique qui produira, nous l'espérons, quelques résultats profitables à la thérapeutique; mais on ne peut prévoir si c'est au traitement du tétanos ou à celui d'une autre maladie quelconque que ces résultats pourront être appliqués. »

Une troisième tentative, qui a lieu en ce moment à l'hôpital de Lariboisière, semble ne laisser aucun doute sur les bons effets du curare, lorsque son application est faite sur la plaie même. Le malade paraissait n'avoir plus que quelques heures à vivre, il était en pleine période asphyxique, lorsque M. Chassaignac eut recours à l'administration *intùs et extrà* du curare. Une amélioration frappante se manifeste dès la huitième heure et va croissant, de sorte que, deux jours après, cet homme semblait hors de danger. Depuis cette époque, on a eu quelques nouvelles menaces d'aggravation, mais elles ont toujours été combattues avec succès par l'administration de doses croissantes du nouvel agent thérapeutique. Aujourd'hui, 27 septembre, treizième jour du tétanos confirmé, le malade prend

15 centigrammes de curare en potion, et 40 centigrammes en solution dans l'eau sont appliqués extérieurement sur la plaie.

M. Chassaignac nous ayant promis de nous donner l'observation de ce cas intéressant, nous la publierons dans notre prochaine livraison.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amaurose nerveuse *traitée par la santonine.* Les effets singuliers que la santonine développe constamment sur les nerfs optiques et la rétine, peu de temps après l'administration de quelques grains de cette substance, ont engagé le professeur Terzi, de l'université de Camerino, à essayer ce médicament dans l'amaurose nerveuse. L'auteur avait, en outre, souvent observé que la dilatation des pupilles, considérée comme symptôme d'affection vermineuse, diminuait ou cessait même entièrement après la prise de ce remède, sans que celui-ci eût provoqué l'expulsion des helminthes; ou bien, encore, lorsque la mydriase avait réellement la signification qu'on lui attribuait, ce symptôme diminuait ou disparaissait pendant l'action de la santonine, avant même que des vers vivants ou morts fussent expulsés par l'anus. Quoi qu'il en soit de la validité de ces raisons, voici dans quel cas M. Terzi s'est décidé à expérimenter l'action de la santonine.

Un domestique, âgé de trente ans, alla consulter M. Terzi, il y a quelques années, pour une amblyopie progressive, dont il était atteint depuis plusieurs mois, et qui ne lui permettait déjà plus de se livrer à ses occupations ordinaires. Il avait subi plusieurs traitements, mais sans succès. L'examen des organes de la vue n'y révéla aucune altération, à l'exception de la mydriase; la contraction de l'iris était difficile. Du reste, aucune rougeur de la conjonctive, aucun trouble de la transparence des humeurs de l'œil. Toutefois, le malade n'accusait pas cette pesanteur et ces douleurs de tête qui accompagnent d'ordinaire l'amaurose bien caractérisée. Les autres organes et les autres fonctions ne présentaient rien d'anomal. Convaincu qu'il avait affaire à une névrose amaurotique, M. Terzi prescrivit pendant une vingtaine de jours trois grains de santonine que le malade prit exactement, en suspendant de temps en temps la médication pendant quelques jours. Les phénomènes physiologiques que développe d'ordinaire ce remède furent très-sensibles, et, contrairement à ce qu'on observe habituellement pendant l'administration prolongée d'un médicament, ces phénomènes augmentèrent de jour en jour d'intensité. Au bout d'un mois, la mydriase était moindre et la contraction de l'iris, sous l'influence de la lumière, était moins torpide. En outre, le malade avouait que sa vue était moins faible que jadis, quoi qu'il ne fût pas encore en état de lire couramment. Le malade n'a pas été revu depuis. Quoique, par suite de cette circonstance, l'observation soit malheureusement incomplète, les avantages de la médication ne sont néanmoins pas douteux, et c'est avec fondement que M. Terzi s'est cru autorisé par ce fait à engager ses confrères à entreprendre de nouvelles expériences sur l'action de la santonine dans l'amaurose nerveuse. (*Raccoglit. medic.* et *Gaz. méd. belge*, août 1859.)

Cancers épithéliaux (*cancroïdes*). *Traitement par l'application du cautère actuel.* La règle la plus généralement adoptée aujourd'hui pour la cure des cancers épithéliaux, ou cancroïdes, est de les enlever en totalité, en dépassant leurs limites, afin d'en prévenir plus sûrement la récidive. Qu'on ait recours à l'instrument tranchant ou aux caustiques potentiels, pâte arsenicale, pâte de Vienne ou de Canquoin, etc., l'indication reste la même, et plus on a sacrifié de tissus périphériques sains, moins on redoute la réapparition de la maladie. La pratique chirurgicale présente cependant des cas nombreux où l'application de cette doctrine offre de graves difficultés. Frappé de ces difficultés, M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, s'est attaché à en étudier les diverses conditions et à rechercher les moyens

de les vaincre ou de les éluder. Si le cancer épithélial, dit-il, menace d'envahir les bords libres des paupières, ou d'atteindre toute l'épaisseur des ailes du nez, lorsque ses progrès le rapprochent de la commissure des lèvres ou de l'orifice du conduit auriculaire, on peut être très-embarrassé de les arrêter, et on se trouve entre deux dangers : abandonner le malade à une mort inévitable ou s'exposer à produire des désordres et des difformités excessivement graves, qui ne sont même pas contre-balancés par la certitude de la guérison. Les chirurgiens ont constaté depuis longtemps la résistance des tissus fibreux à l'envahissement des cancers épithéliaux. Or, l'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire et réfractaire aux modifications morbides. M. Sédillot s'est demandé si l'on ne pourrait pas profiter de ce fait pour créer de toutes pièces des barrières à l'extension des cancroïdes, et même les détruire sur place en retardant ou en prévenant le danger de les voir récidiver. Il l'a essayé, et cet essai lui a réussi. Voici quelques-uns des faits qu'il cite à l'appui :

Obs. I. Un des malades de la clinique, âgé de cinquante-cinq ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruite en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aiguë. Le conduit auditif allait être envahi ; on appliqua le feu à plusieurs reprises sur l'altération, et on obtint une cicatrice solide et persistante.

Obs. II. Un second malade était affecté d'un cancroïde occupant une partie de la joue et s'étendant vers la paupière inférieure, dont il touchait presque la commissure. Le feu arrêta les progrès du mal et la guérison fut obtenue.

Obs. III. Un homme âgé, portant un cancer épithélial de la totalité de la partie supérieure de la lèvre inférieure, fut traité par le même procédé à la clinique, il y a près de deux ans, et, à la troisième application du cautère, sa plaie se cicatrisa sans notable difformité.

Obs. IV. M. Sédillot a eu sous les yeux, pendant deux années, un vieillard atteint de cancroïde à la joue. La lèvre supérieure, toute la paroi latérale du nez, la paupière inférieure et l'angle naso-palpébral étaient envahis. Le cautère actuel a permis de substituer à l'ulcération une cicatrice ferme, épaisse, unie et très-profonde. Plusieurs fois un commencement de récidive se fit sur les bords du tissu cicatriciel, mais l'emploi du fer rouge en triompha.

Obs. V. Enfin, cette année, M. Sédillot a reçu à la clinique une femme âgée de soixante-dix ans, portant sur le milieu de la lèvre inférieure une tumeur épithéliale datant de sept mois, et offrant 4 centimètres de largeur sur 3 de hauteur et autant de projection. La muqueuse était à peine ulcérée, et cependant il eût fallu sacrifier les deux tiers de la lèvre pour en pratiquer l'ablation par le procédé ordinaire de l'excision en V. M. Sédillot appliqua le feu le 17 mai sur la base de la tumeur dont il avait séparé avec des ciseaux courbes la partie la plus saillante. Deux nouveaux cautères furent éteints quatre jours plus tard sur la plaie, que l'opérateur soutenait avec l'indicateur gauche en arrière, afin de ne laisser sans la détruire aucune partie indurée. Les limites du mal ne furent pas sensiblement dépassées. La guérison fut complète au bout de quinze jours. La partie moyenne de la lèvre est rétablie de la manière la plus régulière ; la cicatrice est unie, souple, sans bosselures ; toute la hauteur et la largeur de l'organe sont conservées.

Le procédé de la guérison a été simple, sans perte notable de substance, sans complications, et les résultats paraissent devoir être plus sûrs qu'à la suite de l'excision.

Dans le cas où une petite dureté ou une bosselure apparaîtrait dans l'épaisseur de la cicatrice et indiquerait une imminence de récidive, M. Sédillot déclare qu'il n'hésiterait pas à y appliquer immédiatement une pointe de feu, afin de détruire de nouveau sur place toute tendance à la réapparition de la maladie. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, août 1859.)

Chloroforme. *Son emploi contre la gale.* Ce n'est pas à titre de méthode générale de traitement de la gale, — à laquelle les traitements ne manquent pas, comme tout le monde le sait, — mais à titre de méthode particulière, pouvant être appliquée à quelques cas particuliers eux-mêmes, que M. le professeur Bock a d'abord songé à employer le chloroforme ; mais bientôt il a trouvé, à ce qu'il paraît, les aspersions de chloroforme si utiles qu'il s'est cru obligé de poursuivre ses premiers essais avec cet agent, et qu'il en est arrivé à le considérer en définitive comme le remède

le mieux approprié au traitement de cette affection. Non-seulement, en effet, le chloroforme tue l'insecte, mais il paraît aussi, suivant M. Bock, que l'anesthésie qu'il produit à la peau a pour effet de diminuer son irritabilité, dans laquelle ce professeur croit voir la cause principale de l'apparition d'autres éruptions, eczéma, pustules ecthymateuses, qui compliquent la gale. M. Bock dit n'avoir jamais reconnu d'inconvénients à l'usage du chloroforme, alors même qu'on l'étend au pinceau sur de grandes étendues de la peau. La sensation de brûlure que produit momentanément le chloroforme n'est rien, au dire des malades, auprès des démangeaisons insupportables que cause la maladie. (*Clinique europ.* et *Union médicale*, septembre 1859.)

Conjonctivite scrofuleuse. *Son traitement à la clinique ophthalmique de Prague.* Sous le nom de *conjonctivite scrofuleuse*, dit le docteur Richter, on comprend une affection qui a reçu différentes dénominations, étant appelée tantôt *ophthalmie pustulaire*, tantôt *kératite superficielle partielle*, tantôt *herpès conjonctivale*. Elle est caractérisée par une exsudation et un développement vasculaire bien circonscrits, ne se manifeste en général que chez les enfants, dans la période de l'accroissement, et se trouve le plus souvent combinée avec d'autres affections scrofuleuses. Voici quel est le traitement de cette maladie en usage à l'école de médecine de Prague : au début, lorsque la photophobie est assez intense pour que le malade ne puisse ouvrir les yeux, on prescrit de fortes frictions à faire quatre ou cinq fois par jour sur les régions frontale et temporale avec une pommade composée de 0gr.,60 de mercure précipité blanc, de 1 gramme à 1gr.,50 de belladone et de 10 grammes d'axonge. Lorsqu'il y a constipation, on donne en même temps un purgatif. Quand cette médication ne suffit pas pour faire disparaître le blépharospasme et l'excessive photophobie, on frictionne la région cervicale postérieure avec la pommade d'*Autenrieth* jusqu'à formation de pustules, ou bien on administre intérieurement 0gr.,80 d'extrait de ciguë, ou 0gr.,01 de conicine. Dans ces derniers temps on a employé avec beaucoup de succès contre la photophobie un moyen qui s'est trouvé être en même temps un très-bon résolutif pour les exsudations partielles : le *calomel pur*, en poudre fine, qu'on répand dans la fente palpébrale, en ayant soin de l'étendre en une couche bien mince sur la conjonctive palpébrale et oculaire. Si la couche était un peu épaisse et formait des masses, elle produirait une corrosion de la conjonctive ou un œdème, et, par suite, l'état du malade serait aggravé. Dans bien des cas traités de cette manière, deux ou trois applications de cette poudre ont suffi pour faire céder comme par enchantement la photophobie et l'exsudation. Ce moyen est d'une action absolument nuisible, lorsqu'il y a ulcération de la cornée et, par conséquent, diffusion des exsudations; c'est là l'unique contre-indication. Pour les cas d'ulcération de la cornée, une solution de *sulfate d'atropine*, à la dose de 0gr.,10 pour 15 grammes d'eau distillée, dont on instille une ou deux gouttes journellement dans la fente palpébrale, en même temps que le malade garde le repos, est un remède précieux. D'une part, elle dilate la pupille et retarde l'extension de la maladie à l'iris; d'autre part, elle active la circulation de l'intérieur du globe et affaiblit l'action du muscle interne, et peut-être même celle des muscles droits et obliques; elle amène ainsi une cicatrisation plus facile de l'ulcère et diminue les chances de perforation. Une grande tranquillité du patient est indispensable pour prévenir la rupture imminente dans les ulcérations profondes, ou, si elle a déjà eu lieu, pour empêcher les exsudations nouvelles et peu résistantes de s'étendre et pour retarder ainsi le développement d'un staphylôme partiel. Dans les ulcérations, la ponction cornéenne a aussi fourni de bons résultats.

Lorsque l'ulcère montre déjà de la tendance à la cicatrisation, on peut la favoriser par des instillations de *laudanum*. Dans l'injection vasculaire fasciculée scrofuleuse, où les applications de calomel sont indiquées, on emploiera des collyres légèrement astringents, ou bien encore des fomentations tièdes d'eau de laurier-cerise, à la dose de 5 à 10 grammes pour 50 grammes d'eau distillée. Le même traitement devra être employé dans le *pannus scrofuleux*. — Contre les hypertrophies de la paupière, la teinture d'iode appliquée extérieurement a donné de bons effets. — En même temps on combat la diathèse scrofuleuse par des modificateurs internes. (*Prager Vierteljahr* et *Clinique européenne*, juillet.)

Fongus hématode *guéri par l'application de la glace.* Nous avons publié le 15 avril dernier, à propos du traitement du cancer du docteur noir, une observation très-remarquable de M. le docteur Neboux, relative à une tumeur crue cancéreuse, et qui a guéri par l'emploi de mélanges réfrigérants. Le fait suivant, rapporté par le docteur Miguel Ametller, nous paraît pouvoir être rapproché de cette observation, et par la nature de l'affection et par le résultat des moyens thérapeutiques mis en usage. Il s'agit d'un vaste fongus ulcéré, situé au genou, chez un chanoine âgé de soixante-cinq ans, condamné par plusieurs notabilités chirurgicales à subir l'amputation de la cuisse, comme dernière chance de salut. En partie pour diminuer l'hémorrhagie, qui menaçait d'amener promptement la mort, en partie pour diminuer l'acuité des douleurs, M. Ametller eut l'idée d'appliquer sur la tumeur une vessie pleine d'un mélange réfrigérant, glace et sel marin. Dès ce moment, un soulagement considérable se produisit; l'hémorrhagie fut arrêtée; et, employées à de nombreuses reprises, ces applications de glace, qui avaient promptement amené la mortification de la tumeur fongueuse, étaient, au bout d'un mois, suivies d'une élimination aidée par quelques manœuvres du chirurgien, et le travail de cicatrisation combla heureusement la vaste perte consécutive à la séparation de l'escarre. Il n'y eut point de récidive, et le chanoine guéri put vivre encore huit ou neuf ans. Il finit par succomber à une maladie du cœur. (*La Espana medica* et *Union médic. de la Gironde*, août 1859.)

Fracture *non consolidée du fémur traitée avec succès par des ligatures métalliques.* Les ligatures métalliques importées récemment dans la pratique chirurgicale et auxquelles on doit déjà plusieurs applications heureuses, notamment dans le traitement des fistules vésico-vaginales, ont été appliquées avec succès par M. le professeur Cooper (de San-Francisco) au traitement de la fracture non consolidée du fémur. Voici dans quelles circonstances.

La fracture siégeait immédiatement au-dessous du grand trochanter, et datait de dix ans. M. Cooper mit le fémur à nu par une incision pratiquée sur le côté externe de la cuisse, dans une étendue de six pouces; les deux extrémités osseuses étaient réunies par une véritable diarthrose. On les dépouilla de la membrane synoviale qui les recouvrait, puis on les réunit au moyen de trois fils d'argent passés dans les deux fragments à travers des trous pratiqués à l'aide d'un foret; on put ainsi juxtaposer deux grandes surfaces dénudées, parce que la fracture était très-oblique. Une mèche très large fut introduite dans la plaie jusque sur l'os, pour empêcher les parties superficielles de se réunir; puis, on appliqua des attelles, et l'on fit pendant cinq jours des fomentations froides. Pendant près de trois mois, on s'appliqua à maintenir la plaie béante. Ce temps écoulé, la consolidation s'était faite; on retira les fils et la cicatrisation fut complète. Le malade marcha assez bien au bout de quatre mois; il aurait d'ailleurs recouvré l'usage entier de son membre sans une ancienne ankylose du genou.

M. Cooper insiste sur les avantages qu'il y a, dans les opérations du genre de celle qu'il a pratiquée, à maintenir la plaie béante, et à en obtenir la cicatrisation du fond à la superficie. On évite de cette manière, dit-il, les fusées purulentes, si souvent funestes dans ces circonstances. Cette règle, que l'auteur base sur plus de quarante observations, s'applique aussi bien, suivant lui, aux résections articulaires qu'au traitement des fractures non consolidées. (*The Cincinnati Lancet and Observer*, et *Gaz. hebdomadaire*, septembre 1859.)

Huiles ozonisées (*Remarques sur l'emploi médical des*). On ozonise les huiles en les exposant pendant longtemps à la lumière solaire directe, après les avoir saturées d'oxygène. M. Thompson en a essayé l'administration chez 14 phthisiques. Il a remarqué qu'elles diminuent singulièrement la fréquence du pouls; 2 fois seulement sur 14 cet effet n'a pas été noté; chez quelques malades, il a été peu marqué, mais, dans la grande majorité des cas, il a été très-prononcé. C'est évidemment l'ozone qui paraît agir dans cette circonstance, car on s'est assuré, chez plusieurs malades dont le pouls se ralentissait par l'huile ozonisée, que l'huile de foie de morue et d'autres huiles simples n'avaient pas modifié la fréquence du pouls, ou l'avaient même augmentée. Le ralentissement du pouls était d'ailleurs presque aussi prononcé

dans le cas où l'ozone avait servi à saturer l'huile de cacao ou de tournesol que dans ceux où l'on avait employé l'huile de foie de morue.

Le ralentissement du pouls s'est généralement manifesté au bout de deux ou trois jours, et s'est quelquefois prononcé de plus en plus les jours suivants. Chez 4 malades, on a noté une diminution de 20 pulsations au bout de deux, trois, quatre et six jours; chez d'autres, la diminution fut de 24 battements en quatorze jours, de 34 en treize jours, de 36 en vingt-deux, et de 14 en onze jours. Chez l'un des malades, le pouls descendit à 60, c'est-à-dire, très-probablement, bien au-dessous du niveau normal; mais, dans la plupart des cas favorables, la diminution s'arrêta au chiffre normal.

En même temps que le pouls se ralentissait chez les malades de M. Thompson, ce médecin remarqua chez eux une amélioration marquée de l'état général. Il fit alterner, chez plusieurs d'entre eux, l'administration d'huiles simples et d'huiles ozonisées, et ces expériences ont toujours été très-favorables aux dernières.

Le docteur Scott Alison, qui a également employé les huiles ozonisées chez 4 malades, a observé chez eux des résultats exactement semblables à ceux annoncés par M. Thompson. Peut-être n'est-il pas trop téméraire d'espérer que ces huiles pourront rendre des services dans diverses maladies qui comportent l'indication de ralentir le pouls. (*The lancet* et *Gaz. hebdom.*, sept. 1859.)

Ramollissement du cal *dans les fractures*; *emploi du phosphate de chaux.* Tout le monde connaît les faits de non-consolidation ou de consolidation tardive des fractures; mais il est un autre genre d'accident inhérent à certaines fractures, beaucoup moins connu et qui n'est cependant pas d'un moindre intérêt dans la pratique, nous voulons parler du ramollissement qui survient dans le cal après la formation. Il est des fractures qui se consolident au bout d'un certain temps, dit M. Fano dans une note intéressante publiée dans l'Union médicale, mais dont le cal se ramollit avec une telle rapidité, que toute réunion disparaît bientôt. L'emploi du phosphate acide de chaux donne, dans ce cas, de bons résultats, d'après ce chirurgien. Voici un fait qu'il rapporte à l'appui de ces deux propositions.

Mme M***, âgée de quarante-six ans, d'une faible complexion, affectée depuis longues années d'une incurvation rachitique de la colonne vertébrale, fit un faux pas en descendant un escalier et se cassa la jambe droite, le 14 août 1858. Les deux os de la jambe étaient fracturés à peu près à la même hauteur; la fracture avait une direction légèrement oblique en avant et en bas et située à la partie moyenne de la jambe; elle était d'ailleurs simple, sans plaie. Le membre est placé dans un appareil de Scultet et un cataplasme émollient est appliqué sur la jambe, au niveau du point correspondant à la fracture. Les jours suivants, des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée sont substituées aux cataplasmes; l'appareil est surveillé avec soin tous les jours. Au bout de cinquante jours, on enlève l'appareil, et, pendant que M. Fano cherche à reconnaître si la fracture est consolidée, il constate qu'il n'existe pas la moindre trace de cal, la jambe pouvant être facilement pliée à la partie moyenne. Il applique un bandage dextriné autour du pied et de la jambe et recommande le repos le plus absolu. Au bout d'un mois l'appareil inamovible est enlevé; la fracture paraît solide, la patiente peut soulever le membre. Toutefois, en explorant le point correspondant à la solution de continuité des os, on ne découvre aucune saillie anomale correspondant au cal périphérique ou provisoire. Néanmoins, M. Fano, sur les instances de la malade, lui permet de faire quelques pas dans la chambre, à l'aide de béquilles, et après avoir préalablement entouré le membre d'un bandage roulé. Au bout de deux jours, elle se plaint d'une sensation de pesanteur dans la jambe. Le membre examiné de nouveau, M. Fano constate que la mobilité anomale, au niveau du siége de la fracture, est aussi prononcée qu'un mois auparavant. Un appareil dextriné est de nouveau appliqué et n'est enlevé que vers le milieu de décembre. Cette fois la fracture paraît bien consolidée, car, en cherchant à plier la jambe avec une certaine force, il est impossible de constater la moindre mobilité anomale. Un bandage roulé simple ayant été appliqué, la malade essaye de marcher avec des béquilles. Tout va bien pendant quelques jours; mais bientôt elle ressent de nouveau une sensation de pesanteur dans la jambe, et on reconnaît de nouveau une mobilité anomale au niveau de

la fracture. M. Fano fait placer le membre dans une gouttière, applique un vésicatoire volant au niveau de la fracture, administre à l'intérieur le vin de quinquina, le fer réduit par l'hydrogène, une nourriture aussi corroborante que possible. Malgré cette modification dans le traitement, on n'était pas plus avancé dans les premiers jours de janvier, lorsque, par hasard, M. Fano découvrit que cette malade avait une incurvation rachitique de la colonne vertébrale. Croyant, dès ce moment, devoir attribuer le retard dans la consolidation de la fracture à cette disposition rachitique, il lui fit prendre du phosphate acide de chaux, à la dose de 25 centigrammes d'abord, puis de 50 centigrammes par jour. Ce nouveau traitement, combiné du reste avec un nouvel appareil dextriné, fut continué pendant deux mois. Finalement, vers le milieu du mois de mars 1859, la fracture parut consolidée; il s'était développé un cal extérieur bien manifeste au toucher. Mme M*** se sert aujourd'hui de son membre comme s'il n'avait jamais été fracturé.

C'est là, on le voit, une heureuse application des expériences de M. Milne Edwards, qui n'ont peut-être pas donné lieu jusqu'ici à d'assez nombreux essais. Depuis la publication de la note de notre jeune confrère, un de nos correspondants nous a adressé le récit de tous les cas de fractures qu'il a été appelé à traiter et dans lesquelles il a cru observer que, sous l'influence de l'administration du phosphate de chaux, la consolidation avait eu lieu plus promptement. Nous avons cru devoir différer de publier ce travail, parce que, en fait de prophylaxie, les questions ne peuvent être résolues que par des faits nombreux; encore laissent-elles toujours du doute dans l'esprit. Mais il n'en est pas de même du fait de M. Fano; ici les résultats avantageux du phosphate de chaux sont manifestes et ne sauraient être révoqués; aussi n'avons-nous pas hésité à le signaler. Nous nous demanderons aussi, à l'occasion de ce fait, si, dans les cas de fractures traitées par la ligature et dans les cas de résection sous-périostale, on n'aiderait pas à la consolidation du cal en administrant le phosphate acide de chaux. (*Union méd.*, juillet 1859.)

Spasme des paupières (*De la section du nerf sous-orbitaire dans le traitement de quelques variétés de*). Le savant ophthalmologiste, M. de Graefe, divise les cas de blépharospasme dans lesquels cette opération est indiquée en cinq catégories.

1° Cas où un spasme opiniâtre, persistant, de l'orbiculaire a été produit par la présence d'un corps étranger entre les paupières et le globe de l'œil: dans deux cas de ce genre, l'opération, faite par M. de Graefe, a été suivie d'un succès complet.

2° Cas où un spasme à retour périodique a succédé à une névralgie rebelle du nerf sus-orbitaire et où tous les autres moyens ont échoué: l'opération réussit complétement chez un malade qui se trouvait dans ces conditions, seulement elle fut suivie de démangeaisons désagréables sur les limites de la région anesthésiée; cette sensation ne disparut qu'au bout de huit semaines.

3° Blépharospasmes primitivement symptomatiques d'une kératite, mais persistant, malgré la guérison de l'affection de la cornée. Chez douze opérés, dont huit enfants, M. de Graefe compte onze guérisons satisfaisantes. Dans les cas où il était possible de reconnaître lequel des deux yeux avait été l'origine du spasme, le nerf sus-orbitaire du même côté était seul coupé; le plus souvent la contracture cessait d'abord de ce côté, et toujours plus tôt dans la paupière supérieure que dans l'inférieure. Lorsqu'il n'était pas possible de savoir au juste quel était le point de départ du spasme, on opérait du côté où l'affection de la cornée présentait le plus d'intensité. Dans un cas de ce genre, la section du nerf ne remédia pas aux spasmes de l'orbiculaire du côté opposé, il fallut répéter l'opération de ce côté. Une seule fois, il y eut une récidive de peu d'importance.

M. de Graefe convient d'ailleurs que les cas dans lesquels il faut en venir à ce moyen sont extrêmement rares; les douze malades chez lesquels il a dû y recourir sont pris sur un total de 8,000 ophthalmies d'enfants qui s'accompagnent presque invariablement de blépharospasme. L'auteur recommande d'ailleurs, pour le traitement de ces cas, des immersions méthodiques de la face dans l'eau froide, qui réussissent même dans des cas où le spasme existe depuis plusieurs mois.

4° Cas où le spasme des paupières accompagnant une kératite pourrait avoir pour conséquence la perte de l'œil. Sur trois cas de ce genre, chez

des enfants, la section du nerf sus-orbitaire fit complétement cesser ce symptôme une fois; deux fois il fut notablement mitigé.

5° Cas où le blépharospasme est un élément d'une affection convulsive invétérée du nerf facial : dans six cas de ce genre, M. de Graefe n'obtint pourtant qu'un succès incomplet et passager. (*Archiv. fur Ophthalmologie*, IV, p. 184.)

VARIÉTÉS.

LE MICROSCOPE.

CE QU'IL A PROMIS; — CE QU'IL A DONNÉ [1].

Certes, je ne voudrais pas, après avoir critiqué l'entraînement beaucoup trop rapide avec lequel on a admis certaines lois pathologiques fort controversables et, vous le voyez, fort controversées aujourd'hui, me laisser aller à un entraînement non moins irréfléchi en tirant une conclusion trop prompte ou trop absolue, dans un sens diamétralement opposé. Mais les faits, et surtout ceux qui sont passés sous vos yeux cette année, ne me donnent-ils pas le droit de faire toutes mes réserves à cet égard et de les faire aussi étendues que possible, en établissant que vous avez vu des tumeurs récidiver, repulluler, offrir tous les caractères de la malignité la plus invétérée sans renfermer aucun des éléments considérés comme caractéristiques du cancer, tandis qu'au contraire il a été démontré ici que ces éléments se retrouvaient là où il n'y a pas cancer, et même à l'état normal, dans la constitution des reins (calices et bassinets), et aussi dans celle des centres nerveux ?

La fameuse loi qu'on s'était efforcé d'établir ne songe même plus à se défendre aujourd'hui, et nous sommes bien loin du temps où la société « *s'élevait* UNANIMEMENT *contre les assertions des chirurgiens qui voient encore dans les tumeurs fibro-plastiques des produits qui, sous tous les rapports, se comportent comme le cancer.* » (1852, p. 679). Il s'agit, en effet, de savoir s'il y a une différence quelconque, même au point de vue de la structure, entre le tissu fibro-plastique et l'encéphaloïde. C'est M. Verneuil qui a posé la question en ces termes. « On agitera plus tard la question de savoir si ces deux sortes de tumeurs se comportent cliniquement d'une façon semblable ou différente. En attendant, le rôle de la Société est de les étudier, au point de vue de l'*histoire naturelle*, pour ainsi dire, afin de rechercher si elles ont la même composition histologique, ou si elles diffèrent par quelques points les unes des autres. » (Bulletin de 1856, p. 86.) Mais cette étude elle-même n'est-elle pas superflue? N'avez-vous pas vu, cette année, des tumeurs qui contenaient réunis tous ces éléments divers? M. Féréol (p. 459), à propos d'un remarquable exemple de cancer généralisé dans presque tous les tissus, ne vous a-t-il pas dit qu'en faisant l'examen microscopique, de concert avec M. Ball, il avait rencontré : « des cellules et des noyaux dits cancéreux en très-grand nombre mélangés à des éléments fibreux et fibro-plastiques (p. 468). »

Et ces éléments fibreux ou fibro-plastiques, ne les a-t-on pas constamment rencontrés conjointement avec les cellules dites cancéreuses, chaque fois qu'on a trouvé ces dernières? Bien plus, en l'absence de ces cellules, M. Verneuil ne vous a-t-il pas dit que la présence de certains éléments ayant une forme et une

(1) Suite et fin. — Voir les livraisons précédentes, p. 188 et 256.

disposition spéciales pourrait, non pas lui faire admettre un cancer, mais lui laisser des doutes, et bien qu'il ne crût pas qu'il s'agit, dans le cas auquel je fais allusion (Bulletin de 1858, p. 345), d'un véritable encéphaloïde, il faisait des réserves assez significatives pour qu'il soit bon de les rappeler textuellement. « On y rencontrait, dit-il dans sa description, une grande quantité d'élémenls très-hypertrophiés et très-irréguliers. D'abord de grands faisceaux fibroïdes enchevêtrés les uns dans les autres, infiltrés de graisse, présentant quelques granulations mais complétement dépourvus de noyaux; et à côté, des éléments semblables, contenant un très-grand noyau sans nucléole. Les grands noyaux, que l'on rencontrait isolés sur quelques préparations, n'étaient pas à contours nets et brillants comme ceux qu'on est habitué de trouver dans le tissu encéphaloïde. Il n'y avait pas non plus la cellule qui a été décrite comme caractéristique du cancer. Nous n'avons donc ici, pour faire supposer l'existence du cancer, que ces éléments volumineux et irréguliers. Souvent on en trouve de semblables autour des tumeurs cancéreuses anciennes; mais on peut les rencontrer également autour d'un produit morbide quelconque, déposé depuis longtemps au sein des tissus et ulcéré ou ramolli, après s'être infiltré de graisse et avoir été le siége d'hémorrhagies plus ou moins répétées. Ils ne suffisent donc pas pour faire admettre définitivement la nature cancéreuse de la tumeur dans laquelle on les rencontre, quand surtout on ne voit à côté d'eux ni les cellules, ni les nucléoles qu'on a pris l'habitude de considérer comme les éléments constitutifs du cancer. » (P. 347.)

Dans une autre circonstance, M. Verneuil, à propos d'une tumeur du jarret, présentée par M. Gorin-Rose (p. 213), ne nous a-t-il pas dit avoir vu des éléments du tissu fibro-plastique, mais mal formés, ajoutant que la composition histologique de cette tumeur, qui siégeait au milieu des parties molles, ressemblait tout à fait à ce qu'on a décrit sous le nom de cancer fibreux des os?

Tous ces faits ne nous expliquent-ils pas surabondamment la nécessité qui s'est présentée pour la Société de discuter la question des dégénérescences. — Un tissu quelconque, normal ou pathologique, peut-il se transformer en un autre tissu? Il est évident que si, comme le fait M. Verneuil, on n'envisage dans un tissu que la cellule, l'élément primitif qui entre dans sa constitution, on pourra conserver des doutes et nier la possibilité de la transformation d'un élément, globule, cellule ou noyau, appartenant à un tissu déterminé, en un autre élément analogue mais appartenant à un autre tissu. Cette transformation, cette dégénérescence de la cellule ou du noyau, si elle existe réellement, on conçoit qu'elle doive être difficile, sinon impossible à constater. — Mais une masse de tissu étant donnée, ce tissu restera-t-il toujours formé des mêmes éléments, sa nature pourra-t-elle se modifier, ou devra-t-elle rester toujours et invariablement la même? — Réduite à ces termes, la question est plus facile à résoudre et tous vous avez vu, contrairement aux opinions exclusives que nous vous avons rappelées, des tumeurs renfermant des éléments divers. M. Broca a depuis l'année dernière reconnu que des tumeurs primitivement fibreuses peuvent ultérieurement devenir cancéreuses. — M. Verneuil vous a dit aussi qu'il ne lui répugne pas d'admettre aujourd'hui, après avoir modifié ses premières opinions sur ce point, qu'une tumeur primitivement bénigne ne puisse prendre plus tard la structure du cancer (p. 338), et il ne contestait il y a quelques mois que la transformation des éléments mais non celle des masses. Aujourd'hui il va plus loin encore, car, dans la séance du 20 mai 1859, il vous a dit : « La vérité est que nous *nous sommes trompés autrefois*, avec M. Lebert,

sur l'origine et la nature de l'élément primitif du cancer, que nous regardions, A TORT, comme *hétéromorphe*, comme *un produit accidentel sans analogue dans les autres éléments normaux...* On est arrivé à reconnaître qu'au lieu d'être une production nouvelle formée de toutes pièces, c'était le dernier terme d'une *série de transformations successives* par lesquelles passaient les cellules d'épithélium normal. » (Extrait du procès-verbal, rédigé par M. Millard, vice-secrétaire de la Société anatomique.)

Quoi qu'il en soit, tout en différant sur la manière dont on entend expliquer ce changement, tout le monde est d'accord, comme l'a très-bien fait observer M. Trélat (p. 350), « pour reconnaître qu'une tumeur de nature bénigne peut devenir cancéreuse, soit par la production d'éléments nouveaux développés dans sa trame, soit par la substitution de ces éléments nouveaux à ceux qui la composaient d'abord. — Et il faut bien convenir que cette tumeur, ainsi modifiée dans sa masse, a changé de nature, surtout au point de vue clinique, et qu'elle est devenue cancéreuse ou maligne de bénigne qu'elle était ou paraissait être auparavant. Que l'on appelle cette modification une *dégénérescence* ou une *substitution*, peu importe la dénomination, quand tout le monde est d'accord pour admettre l'exactitude du fait. »

Quant à nous, messieurs, après avoir vu se comporter comme des tumeurs bénignes celles qui renfermaient des éléments propres à les faire regarder comme de nature maligne; après avoir vu, au contraire, des tumeurs considérées comme de nature excessivement bénigne présenter une malignité excessive, nous sommes bien forcé d'avouer que rien, dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques et surtout histologiques, ne nous permet de distinguer actuellement les unes des autres. Nous désirons qu'on parvienne à établir cette distinction un jour avec plus de certitude qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Mais l'expérience par laquelle nous venons de passer nous prouve qu'il ne faut pas trop se livrer à cet espoir et, sous prétexte de découverte ou de progrès, ne pas s'engager trop étourdiment dans une voie inconnue ou mal frayée.

Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.

Un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sera ouvert le samedi 24 décembre prochain. Le jury d'examen sera composé des neuf docteurs chefs de service à l'hôpital Saint-André, auxquels seront adjoints deux médecins et deux chirurgiens honoraires. Le programme du concours comprend quatre épreuves : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale ; 2° l'examen clinique de deux malades atteints d'affections internes, avec dissertation sur ces cas ; 3° l'examen analogue de deux cas de maladies externes ; 4° une épreuve opératoire ayant pour objets : une opération chirurgicale, précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent ; et une opération obstétricale avec démonstration. La durée des fonctions du chef-interne sera de trois ans. Pendant ce temps, il sera nourri, logé, chauffé et éclairé ; il recevra un traitement annuel de 1,200 francs.

On a fait à l'hospice des aliénés de Zurich (Suisse) l'essai de surmonter la résistance de certains malades pour la nourriture, en les soumettant à l'effet du chloroforme, et cela avec un plein succès, puisqu'il n'a pas été nécessaire de renouveler plus de deux ou trois fois cette opération.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour l'internat sera ouvert le lundi 19 octobre prochain.

Le registre d'inscription, ouvert depuis le 15 septembre, sera clos le 3 octobre.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'hépatite avec abcès s'ouvrant dans les bronches. — Remarques pratiques sur cette grave maladie.

Par M. le docteur Max Simon.

En même temps que les maladies du foie, en général, sont d'un diagnostic difficile, quand ce diagnostic se pique de quelque précision, la thérapeutique n'a souvent à leur opposer que des médications d'une efficacité douteuse. A ce double titre, tout travail qui a pour but de jeter quelque lumière sur l'un et de diriger un peu plus sûrement l'autre ne peut être que favorablement accueilli de quiconque s'est quelque peu mesuré avec les difficultés de la science.

Pour être infiniment plus rare dans nos climats que dans les pays intertropicaux, l'hépatite aiguë ou chronique ne laisse pas cependant de s'y rencontrer sous une forme nettement accusée. En l'absence des causes spéciales qui, dans l'Inde, en Afrique, dans l'Amérique méridionale, la rendent si fréquente, la cause qui, dans les climats froids ou tempérés, détermine l'hépatite aiguë ou chronique sous une forme non contestable, celle, par exemple, dont il s'agit uniquement ici, et dont la présence du pus au sein du parenchyme hépatique est le caractère non équivoque, la cause de cette hépatite *nostras* est la contusion directe ou indirecte de la glande chargée de la sécrétion biliaire. Bien que, sous notre ciel, l'hépatite vraie, autre que l'hépatite traumatique, soit, de l'aveu de tous, une maladie fort rare, on ne serait pas admis à prétendre qu'elle ne s'y rencontre jamais avec ce caractère; des observations authentiques, rapportées par MM. Louis, Andral, etc., ne laissent aucun doute à cet égard ; et, dans ces cas, les choses semblent se passer comme dans les pays intertropicaux, c'est-à-dire que le point de départ du mal est dans l'une des annexes de l'organe hépatique, auquel l'inflammation se propage par voie de contiguïté. Mais, nous le répétons, cette hépatite, dite *spontanée*, est excessivement rare parmi nous ; là, manquent essentiellement les éléments étiologiques, dont l'action sur l'organisme se traduit par une inflammation franche de la glande hépatique. Nous n'en dirons pas davantage sur ce point ; notre but unique dans cette notice, c'est d'appeler l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* sur l'hépatite traumatique, sur le mode d'action des causes qui la déterminent, sur un de ses modes variés de terminaison, sur son pronostic, et sur le traite-

ment qu'il convient de lui opposer dans ces conditions déterminées. La question que nous nous sommes posée, ainsi restreinte, nous sommes bien loin encore de prétendre à l'étudier dans toute l'étendue de l'objet qu'elle embrasse ; quelques remarques pratiques, puisées, pour la plupart, dans nos observations personnelles, ou l'expérience contemporaine, suffiront ici à réaliser notre dessein.

Le volume du foie, sa position superficielle, son étendue, sa composition anatomique qui donne aux tissus constitutifs de cette glande une si grande friabilité, l'exposeraient singulièrement à l'action directe des causes violentes, s'il n'était défendu contre celles-ci par la cage thoracique qui, dans l'état normal, le protége à peu près efficacement dans sa position au-dessous du plancher diaphragmatique. Aussi bien, telle est l'efficacité de cette protection, qu'il est assez rare de voir l'hépatite se développer sous l'influence d'une contusion directe. Quand la violence directe est assez forte pour vaincre l'obstacle qu'elle rencontre, en pareille circonstance, les désordres sont tels, que la vie est prochainement compromise, et que l'évolution phlegmasique manque du temps nécessaire pour se développer. Mais si le foie échappe ainsi, en général, à l'action directe des causes violentes extérieures, ces causes peuvent provoquer une commotion directe de l'organe, qui suffit, dans quelques cas, à provoquer au sein du parenchyme hépatique un travail phlegmasique plus ou moins intense, et dont la suppuration peut être une des dangereuses terminaisons. M. le docteur Bonnet, dans son Traité, un peu vieilli, des maladies du foie, a rapporté quelques observations où il semble bien évident que les choses se sont passées ainsi. Rien de plus facile à comprendre, du reste, que les effets de cette commotion directe, quand il s'agit d'une glande aussi volumineuse que le foie, et à laquelle l'élasticité de ses attaches, comme la mobilité des organes du voisinage, laissent une certaine latitude de locomotion. Cependant, toute réelle que soit cette cause de l'hépatite traumatique, il s'en faut bien qu'elle ait l'efficacité d'une cause du même ordre, mais agissant par commotion indirecte, à la suite d'une chute du corps d'un point plus ou moins élevé. Ces deux causes, puisqu'elles aboutissent l'une et l'autre à un résultat identique, la commotion d'un organe parenchymateux, nous pourrions sans doute les confondre, comme elles se confondent, en effet, dans leur influence mécanique : nous les distinguons pourtant, parce que, à négliger cette distinction, un peu subtile peut-être, on s'expose à ne pas bien saisir, dans un cas donné, l'action des causes traumatiques agissant directement et à travers

les appendices costaux sur un organe ainsi incomplétement protégé. Quoi qu'il en soit à cet égard, et sans nous étendre davantage sur une distinction qui ne veut qu'être indiquée, la commotion de la glande hépatique, à la suite de chutes d'un lieu plus ou moins élevé, voilà, sans contredit, dans nos climats, la cause la plus ordinaire de l'hépatite, de celle surtout qui, aiguë ou chronique, se révèle par un caractère non équivoque, la suppuration. Telle est l'efficacité de cette cause pour produire ce résultat, que nous sommes convaincu que, quand, dans des accidents du genre de ceux dont nous parlons en ce moment, pour peu qu'ils se présentent avec quelque apparence de danger pour l'avenir de la vie, on soumet les blessés à un régime antiphlogistique sévère et à un repos prolongé, on les soustrait souvent avec ou sans conscience au péril d'une inflammation toujours redoutable, d'une inflammation du foie. Et l'instinct populaire, qui pousse le médecin à pratiquer la saignée en pareil cas, alors que l'homme de l'art, en l'absence de symptômes qui légitiment cette opération, hésite à y recourir, cet instinct populaire, dis-je, ne fût-ce qu'en prévision de cette éventualité grave, n'est point pur préjugé. Malgré la réalité de cette cause, dont tous les auteurs signalent l'incontestable influence, les observations authentiques de ce fait sont cependant assez clair-semées dans les ouvrages de pathologie : c'est que, dans la plupart des cas où cette grave lésion a eu lieu, d'autres lésions plus immédiatement graves encore se sont mêlées à celle-là, qui l'ont ainsi jetée sur le second plan, quand elles ne l'ont point éclipsée complétement, si nous pouvons ainsi dire, aux yeux du médecin attirés dans une autre direction. Dans tous les cas, telle est l'aptitude d'un organe aussi volumineux et aussi friable que le parenchyme hépatique à recevoir le contre-coup d'une chute d'un lieu élevé, et quelle qu'ait été l'attitude du corps dans cette chute, que le médecin prudent doit toujours diriger son attention sur ce point, et instituer la thérapeutique qu'un pareil accident commande, en vue de parer au danger de cette grave éventualité. Maintenant, pour qu'une telle cause produise le résultat que nous étudions en ce moment, est-il nécessaire que la lésion subie par le parenchyme de l'organe formateur de la bile et de la glycose ait été jusqu'à la déchirure du tissu de l'organe, et ne suffit-il pas que cet organe ait simplement éprouvé dans l'agencement des tissus qui le composent la perturbation encore assez mal définie qu'on appelle la commotion? Quelques observateurs habiles ont signalé dans le tissu du foie des cicatrices de formes variables, qu'ils n'ont point hésité à considérer

comme l'expression posthume d'une inflammation éteinte. C'est là un caractère qui n'est pas sans quelque valeur, quoi qu'on en ait dit, pour permettre de reconstituer par la pensée un travail pathologique qui a pu exister à une époque plus ou moins reculée de la vie. Malheureusement, la simple commotion ne laisse point de telles traces, et l'obscurité du phénomène pathologique observé pendant la vie ne permet pas toujours de suppléer aux enseignements qui manquent de ce côté. Il n'en est pas toujours ainsi cependant; souvent le traumatisme hépatique, qui succède à l'action puissante de la cause dont il s'agit, est si manifeste et se traduit à l'observation par des symptômes si positifs, qu'il est impossible de conserver le moindre doute sur la réalité du rapport étiologique que nous nous efforçons de mettre en lumière. D'ailleurs, le bon sens, qui commence à reprendre aujourd'hui quelque empire sur les esprits, et qui bientôt, nous l'espérons, cessera, au grand avantage du progrès de la science, d'être suspect, permet ici de devancer l'expérience, et en même temps d'affirmer qu'un organe placé au milieu de l'organisme, dans les conditions du parenchyme hépatique, peut et doit éprouver souvent, sous l'influence de la cause que nous examinons en ce moment, cette perturbation mal connue qu'on appelle la commotion, et dont le résultat possible le moins contestable est l'inflammation même de son tissu. Mais en voilà assez sur ce point; n'oublions pas que le but principal de cette notice est d'éclairer le diagnostic d'une des terminaisons de l'hépatite traumatique, celle dans laquelle le pus se fait jour à travers les bronches, et d'indiquer, s'il se peut, les moyens les plus propres à aider le travail de la nature dans cette grave conclusion d'une maladie qui compromet si souvent l'existence.

Les voies par lesquelles le pus, une fois formé, colligé dans le parenchyme hépatique, tend à s'échapper au dehors sont diverses; nous ne ferons que les indiquer ici : ce sont l'estomac, ou le duodénum, le côlon, la cavité péritonéale, le péricarde, la plèvre, etc., ou bien enfin la peau de l'hypocondre droit, ou le pus, fusant plus loin, divers points de l'appareil tégumentaire externe, comme dans les abcès par congestion proprement dits. Mais parmi ces voies diverses par lesquelles le pus, résultat d'une inflammation du parenchyme hépatique, peut ainsi se faire jour au dehors, il n'en est pas où les phénomènes soient plus intéressants à étudier que celle dans laquelle ce produit morbide, après avoir perforé le diaphragme et le tissu pulmonaire, arrive dans les bronches, d'où il est rejeté par l'expectoration. Dans ce cas, et lorsqu'elle est

arrivée à ce point, la maladie se traduit par un ensemble d'accidents caractéristiques et que nous allons résumer succinctement. Lorsque la lésion hépatique, après avoir donné naissance aux phénomènes variés et quelquefois fort obscurs qui sont la conséquence nécessaire du traumatisme local, lorsque cette lésion, disons-nous, marche, progresse, et atteint le diaphragme ou l'enveloppe séreuse du poumon correspondant, les malades accusent quelque chose de plus aigu dans les phénomènes, dans les accidents par lesquels l'appareil respiratoire s'associe toujours, quoique à divers degrés, à une ulcération un peu profonde du parenchyme hépatique. Ainsi, l'oppression devient plus prononcée, et la toux qui, jusque-là, n'avait eu qu'un caractère très-vague, ou même avait manqué complétement, prend tout à coup une intensité qui de suite fixe l'attention et des malades eux-mêmes et du médecin. Que si, à cette époque de l'évolution du mal, on interroge par les procédés d'exploration moderne l'appareil respiratoire, on n'y trouve rien qui puisse rendre compte du phénomène nouveau observé. Cependant cette toux persiste avec un caractère de ténacité qui ne permet pas à l'observateur de la perdre de vue, et en même temps l'oppression augmente, et fixe de plus en plus également l'attention. Rien qu'à l'apparition de ces symptômes nouveaux, et qui signifient d'autant plus qu'ils ne se lient point à un trouble palpable du côté des plèvres ou des poumons, le médecin, édifié sur les divers modes de terminaison des abcès hépatiques, doit dès lors prévoir ce qui bientôt va survenir. Un jour, en effet, le malade est pris tout à coup d'une quinte de toux plus intense que d'ordinaire; et puis, arrive plus ou moins rapidement une expectoration le plus souvent fort abondante, et qui, par sa soudaineté, comme par son abondance, rappelle tout à fait ce qu'on entendait autrefois par le mot *vomique*. Mais il suffit d'une observation même superficielle, pour s'assurer bien vite que ce n'est point là une vomique proprement dite : l'intégrité des plèvres, des poumons, qui jusque-là n'ont rien présenté qui pût aboutir à ce phénomène nouveau, fait immédiatement rejeter cette vue ; et puis, à supposer que de ce côté on eût observé, dans les derniers temps, quelques phénomènes qui eussent fait craindre une lésion topique si grave, le caractère de l'expectoration reporte inévitablement l'esprit sur un tout autre ordre d'accidents. La couleur des matières expectorées, la saveur même dont elles laissent l'impression sur le palais qu'elles touchent, suffisent à faire rattacher le nouvel accident au traumatisme, que tous les symptômes antérieurs forçaient jusque-là à localiser dans la région hépatique. Malgré la

signification si nette pourtant, ce semble, de ces derniers symptômes, plus d'une fois des esprits fermes et éclairés hésitèrent à reconnaître cette filiation des phénomènes ; heureusement l'anatomie pathologique vint, par ses données positives, mettre hors de doute la possibilité de cette marche insolite des accidents, pendant le cours souvent fort long d'une hépatite traumatique, et toute incertitude sur ce point disparut. Comme il est toujours bon à l'esprit de faire un retour sur le passé de la science, passé d'ailleurs où des faits précieux se trouvent mêlés à de nombreuses scories, qu'on nous permette de citer ici une courte observation remarquable à ce point de vne ; nous la trouvons dans le troisième volume, page 3, des *Commentaires* de Van-Swieten : «..... Hepar tumens « contiguo ipsi peritonœo accrescere poterit ; sicque bona fortuna « abcessus, versus exteriora tumens, pertundi poterit, et pus collec- « tum evacuari. Verum talis accrescio in omni ambitu, quo perito- « nœum hepati contiguum est, poterit fieri, et tamen in quovis « loco non æque facilis manui chirurgi aditus datur. Si enim pe- « ritonœo, concavam partem diaphragmatis investienti, accreverit « gibba hepatis pars, poterit pus collectum in hepate in cavum « pectoris venire, imo et in ipsum pulmonem, et per sputa puru- « lenta ejici; uti in cadavere hominis, a suppuratione hepatis « mortui, observavit Stalpartus Wielus. Mirabatur enim quod homo « aliquoties sputa purulenta per os tussi egereret, nec ulla sese « affecti pulmonis proderent indicia, sed omnia signa docerent he- « par ægrotare. Post mortem vidit vomicam hepatis accrevisse « diaphragmati in latere dextro, et pulmonem pariter in eodem loco « diaphragmati adhæsisse, sicque pus ex hepate in pulmonem ve- « nerat, et per sputa educebatur. »

Laennec n'ignorait pas ces faits ; son expérience en anatomie pathologique, comme sa science profonde des traditions de la science, lui avaient fourni à cet égard des enseignements précieux. Il ne paraît cependant jamais avoir eu occasion d'appliquer le procédé de l'auscultation au diagnostic des abcès du foie parvenus à ce point de leur évolution. Mais esprit sagace entre tous, là même où sa propre expérience ne lui enseignait rien, quant aux applications de son invention immortelle, il savait encore en démontrer l'admirable fécondité, en en signalant à l'avance les infaillibles résultats. Tout est dans cet homme et y est si complétement, que quand je vois se produire quelque observation nouvelle qui ne concorde point parfaitement avec l'enseignement de cet observateur pénétrant, positif comme les mathématiques, malgré moi je me prends à douter de

la vérité de cette observation. En ce qui touche la question que nous examinons en ce moment, l'illustre inventeur de l'auscultation ne pouvait manquer de s'efforcer de l'éclairer en se plaçant au point de vue original, d'où se déroulait à ses yeux le tableau si net d'une symptomatologie toute nouvelle; aussi ne manqua-t-il pas de le faire, et de montrer une fois de plus qu'un esprit juste et droit peut, dans quelques cas, devancer l'enseignement des faits; écoutez plutôt: « Je pense, dit Laennec, que l'application du stéthoscope pourra encore faire connaître les abcès du foie, et les kystes hydatiques formés dans ce viscère, lorsqu'ils viendront à s'ouvrir, soit dans l'estomac ou les intestins, soit dans le poumon, comme on en a vu quelques exemples. Dans les deux premiers cas, en pressant l'abdomen dans la portion molle de l'hypocondre droit, on obtiendra probablement un gargouillement manifeste dû à l'introduction des gaz intestinaux dans l'excavation du foie. Dans le dernier, c'est-à-dire dans le cas de communication fistuleuse de l'abcès du foie avec les bronches, je ne doute pas que l'on n'obtienne de la toux, et la respiration caverneuse, le râle de même nature, peut-être même la transmission de la voix à travers le tube du stéthoscope et, si l'excavation était très-vaste, le tintement métallique. » (*Traité de l'auscultation médicale*, t. III, p. 534.) Ce que ce médecin éminent avait ainsi prévu, l'expérience des observateurs attentifs l'a hautement confirmé. Comment en pourrait-il être autrement d'ailleurs? là aussi bien que dans une caverne, siégeant au sein du parenchyme pulmonaire, se trouvent tous les éléments nécessaires à la production des phénomènes que Laennec rappelait tout à l'heure; force est donc que ces phénomènes se produisent; cela est fatal comme l'attraction, parce que cela relève du même ordre de lois. Dans la collection de la Gazette des Hôpitaux, on rapporte un fait emprunté à la clinique de M. Michel Lévy à l'hôpital du Val-de-Grâce, et où, à l'autopsie, on constata une communication entre le poumon et le foie, communication lentement établie par l'émigration du pus du dernier de ces organes dans le premier, à travers une perforation du plancher diaphragmatique. Aux signes stéthoscopiques constatés pendant la vie, on soupçonna une perforation du tissu pulmonaire, mais la communication accidentelle que montra l'autopsie ne fut nullement soupçonnée; puis, en face de ces lésions, l'auteur se demande si une observation plus attentive n'eût pas permis de remonter à l'origine même du mal qu'on avait sous les yeux. A cette question, nous n'hésitons pas à répondre hardiment de la manière la plus affirmative. Nous ajouterons même qu'il a fallu que quel-

ques circonstances se soient présentées dans l'évolution de ce cas pathologique remarquable, qui aient jeté quelque obscurité sur la marche de la maladie, pour qu'un médecin aussi habile, aussi judicieux que le directeur de l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce n'ait pu remonter par l'analyse au point de départ dumal, au véritable foyer du pus que le malade expectorait chaque jour.

Quoi qu'il en soit à cet égard, nous allons rapporter aussi succinctement que nous le pourrons un fait de ce genre, que nous avons nous-même observé, et dans lequel la marche de la maladie peut être suivie aussi distinctement qu'on le pourrait faire dans une affection idiopatique du poumon lui-même. Voici ce fait : le nommé Mignard, peintre en bâtiments, âgé de trente-quatre ou trente-six ans, fait une chute sur la terre nue d'une hauteur de vingt-cinq à trente pieds ; il ne croit pas que, dans cette chute, le corps ait porté directement sur le côté droit; il affirme être tombé, en glissant en partie le long de l'échelle sur laquelle il était placé, sur les mains et sur les pieds. Depuis cet accident, cependant, la douleur qu'il a ressentie s'est localisée principalement dans la région hépatique : telle est même cette douleur dans ce point, qu'elle l'oblige, lorsqu'il est au lit, à prendre une position qui allége, suivant les jours, le sentiment de cette douleur. Malgré une saignée, une application de sangsues, des cataplasmes, des bains, un vésicatoire, un régime assez sévère et du repos, la douleur persiste, et il s'y joint une sensation de plénitude qui va augmentant tous les jours. Peu à peu, cette sensation douloureuse s'étend au côté droit de la poitrine elle-même, à l'épaule correspondante, et enfin il survient une toux sèche, qui rappelle exactement celle qui caractérise la pleurésie. L'auscultation et la percussion, pratiquées à cette époque, ne donnent que des résultats complétement négatifs. La région du foie, attentivement explorée vers le même temps, offre un empâtement que la douleur, et un peu la douilletterie du malade, ne permettent point de circonscrire exactement. Pourtant, ce qui est certain à cet égard, c'est que le foie anormalement développé dépasse de beaucoup les fausses côtes droites. Mais, disons-le à l'avance, à aucune époque de la maladie il ne nous fut permis de constater de la fluctuation dans ce point, bien que déjà la marche des accidents, leur durée ne nous permissent pas de douter qu'une collection purulente ne se fût formée dans le parenchyme de l'organe formateur de la bile. Des frissons irréguliers, une fièvre continue, mais avec des exacerbations non douteuses, accompagnaient ces accidents ; jamais pourtant il n'y eut la moindre trace d'une suffusion ictérique ;

les fèces, les urines concordaient avec ce phénomène négatif, et témoignaient, chacune à leur manière, que le foie, malgré le travail profond qui existait indubitablement dans la profondeur de son tissu, continuait à sécréter de la bile comme dans l'état normal. Les choses durèrent ainsi pendant trois mois environ, avec des alternatives d'espoir et d'inquiétude qui ne cessèrent guère jusqu'à la fin de la vie de ce pauvre malade. Nous avons dit qu'à une certaine époque du mal une toux sèche, fréquente, se manifesta, qui nous fit fortement soupçonner que le mal, localisé d'abord dans la région hépatique, s'étendait et enveloppait dans sa sphère lentement agrandie le poumon lui-même : cette prévision ne tarda point à être justifiée. Un jour, en effet, le malade, après une toux plus intense que de coutume, rend tout à coup, par la bouche, une grande quantité d'un liquide purulent, de couleur safranée, qui répand une odeur infecte et laisse dans la bouche du patient le goût d'œufs pourris. Cette évacuation procure au malade un soulagement réel : ce sentiment de plénitude qu'il accusait énergiquement tous les jours, et qui avait son siége dans la région hépatique et le côté correspondant de la poitrine, diminua notablement. L'auscultation, pratiquée de nouveau à cette époque, commença à nous donner les signes positifs qu'elle nous avait d'abord refusés : un gargouillement évident, bien que non identique à celui qui se produit dans une caverne qu'on a immédiatement sous l'oreille, se fit entendre plus ou moins intense, variable suivant les jours, mais qui ne cessa point jusqu'au moment de la mort. Jusqu'au moment où celle-ci eut lieu, c'est-à-dire environ cinq mois après l'accident, le pus dont l'oreille constatait la présence dans le parenchyme pulmonaire était évacué par la bouche en quantité plus ou moins considérable, et après une toux plus ou moins intense. Le malade mourut enfin, épuisé par la suppuration, et probablement aussi par la désharmonie fonctionnelle que ne peut manquer d'amener une lésion si grave, et qui est un obstacle à la permanence de la vie tout autant, et plus peut-être que la débilitation directe qu'entraîne à sa suite la fonte purulente d'un organe. Les résultats de l'autopsie cadavérique, que nous allons donner succinctement, vinrent confirmer en tous points ce que l'observation clinique nous avait tout d'abord si nettement enseigné. Voici les principaux résultats de cette autopsie. Le grand lobe du foie par sa partie convexe adhère intimement au diaphragme. Tout le lobe gauche, comme une grande partie du lobe droit, ont une apparence normale. Mais en pénétrant plus profondément en arrière et en haut, nous trouvons une cavité qui logerait un gros

œuf de dinde, et qui contient en outre une certaine quantité de liquide purulent très-diffluent : ce foyer est tapissé d'une grande quantité de petites concrétions crétacées, qui donnent à la main la sensation de fragments de coquille d'œuf brisée. Ce foyer s'abouche avec les bronches elles-mêmes par le moyen d'une ouverture en entonnoir, et qui est pratiquée à travers le diaphragme. Autour du foyer le tissu pulmonaire est induré, des fausses membranes le font adhérer partiellement aux parois thoraciques. La vésicule du fiel est flasque et contient une petite quantité de bile. En dehors du foyer, le foie est le siége d'une congestion évidente qui a notablement accru son volume. Rien de plus à noter d'ailleurs qui puisse nous intéresser, eu égard aux questions que nous cherchons à élucider dans ce travail.

(*La fin au prochain numéro.*)

De l'emploi de l'oxysulfure d'antimoine comme expectorant dans les maladies inflammatoires des organes respiratoires chez les enfants.

Par M. le docteur A. Jacobi.

En venant rappeler l'attention de nos confrères sur une préparation antimoniale aujourd'hui entièrement oubliée, l'oxysulfure d'antimoine, nous ne nous faisons aucune illusion sur les objections que nous devons rencontrer. L'oxysulfure d'antimoine n'est-il pas une préparation chimique instable [1], d'une conservation difficile, et n'est-il pas susceptible même de se décomposer dans l'estomac lorsque les sécrétions sont trop alcalines ou acides ? N'est-ce pas, enfin, un médicament sur lequel l'expérience a prononcé et dont l'inefficacité a été reconnue depuis longtemps ? Telles sont, dans toute leur gravité, les objections que doit soulever notre travail, et nous tenons, par conséquent, à y répondre en premier lieu.

D'abord, l'oxysulfure d'antimoine n'est pas une préparation aussi susceptible de décomposition qu'on veut bien le dire, et il est facile de se mettre à l'abri de ces chances de décomposition, en prenant pour sa conservation les précautions que l'on prend dans les pharmacies pour la conservation de tant d'autres médicaments, de l'acide cyanhydrique, du nitrate d'argent, etc., etc.

En ce qui touche la seconde objection, celle tirée de la décomposition par les alcalis ou les acides de l'estomac, que peut-elle valoir contre l'emploi de l'oxysulfure d'antimoine ? Les sécrétions sont trop alcalines, diminuez leur alcalinité ; elles sont trop acides, n'administrez pas l'oxysulfure. Il n'y a là rien autre chose que ce qui se

(1) Voir plus loin, à la Pharmacie, p. 315.

passe pour tant d'autres médicaments : le nitrate d'argent n'a-t-il pas la plus grande tendance à se décomposer en présence des sécrétions de l'estomac ou des aliments ingérés, et cela empêche-t-il de l'administrer à l'intérieur ?

Quant à l'objection tirée de l'inefficacité reconnue expérimentalement de l'oxysulfure, elle aurait une bien autre valeur que les précédentes si elle était justifiée. Malheureusement, il suffit de jeter un coup d'œil sur la littérature médicale pour se convaincre, d'une part, que ce médicament a toujours été administré associé à d'autres médicaments de la même classe, dans des conditions, par conséquent, où il était très-difficile d'étudier son action propre, et, d'autre part, que son administration a toujours été faite à des doses excessivement faibles qui ont rarement dépassé 1 grain et qui se sont élevés, dans des cas exceptionnels, à 6 ou 8 grains au plus. Or, il s'agit des maladies de l'adulte, et si nous passons aux maladies de l'enfance, nous voyons bien autre chose : Henke en donne 1/2 grain deux fois par jour avec même quantité de belladone dans la coqueluche ; Tourtelle en prescrit 1/4 de grain avec 3 grammes de soufre, trois fois par jour dans le pseudo-croup et la seconde période de la trachéite ; Dornblüth donne 1/4 de grain toutes les trois heures chez les enfants d'un an, dans la pneumonie; Wendt donne la même quantité dans la même maladie, quatre fois par jour, chez des enfants de trois ou quatre ans ; Hinzo en prescrit 1/2 grain toutes les deux heures avec de l'oxyde de zinc et du musc dans la coqueluche; Wenzel, en 1829, donna dans les pneumonies les doses suivantes : 1/3 de grain trois fois par jour, chez un enfant d'un an, 1/2 grain quatre fois par jour, 1/4 de grain deux fois par jour, ou 1/6 de grain toutes les heures, et dans la rougeole six doses de 1/2 grain toutes les deux heures à l'âge de deux ans, et à un an, douze doses de 1/8 de grain quatre fois par jour. Rau, en 1832, le déclare un bon expectorant, à la dose de 1/6 ou de 1/4 de grain dans la pneumonie de l'enfance, après que l'inflammation et la fièvre sont tombées, et lorsque l'accumulation des mucosités dans les bronches gêne la respiration. Mais ici s'arrête ce que nous pouvons demander aux auteurs des traités des maladies de l'enfance. Tous, sans exception, aussi bien M. Valleix que M. Barrier, Underwood qu'Eberle, Dewees que Henning et que Meigt, Legendre que M. West et MM. Rilliet et Barthez, ne font nullement mention de l'oxysulfure d'antimoine.

De tout ce qui précède, il résulte qu'il y a une grande variété d'opinions relativement à l'action de l'oxysulfure d'antimoine.

Tandis que les uns le considéraient, à une certaine époque, comme un excellent remède dans différents états morbides de l'organisme, en particulier dans certaines inflammations des organes respiratoires, dans la scrofule, le rhumatisme, l'arthrite, la blennorrhée, certaines maladies des ganglions lymphatiques, de la peau ou des nerfs pulmonaires, d'autres écrivains, dans ces dernières années, l'ont considéré comme un moyen sans valeur ou d'une efficacité fort douteuse. La raison en est peut-être dans la mauvaise préparation du produit, mais beaucoup aussi dans la crainte qu'excitent chez un grand nombre de praticiens les préparations antimoniales, plutôt que dans une observation attentive du mode d'action et de l'activité réelle de l'oxysulfure.

Ce que nous avons d'abord à établir, c'est que ce médicament a toujours été donné à des doses tout à fait insuffisantes pour arriver à un résultat convenable ; et nous irons plus loin : la dose la plus forte qui ait été administrée serait elle-même à peine suffisante dans les affections les plus légères. Le lecteur pourra voir dans les Traités que chez les adultes on a administré l'oxysulfure par doses d'un grain ; or, en réduisant la quantité du médicament aux proportions nécessaires pour les maladies de l'enfant, et en rapprochant ces doses de celles que nous avons administrées nous-même, on aura la clef de ces divergences d'opinion et du peu de confiance que l'on doit accorder à ces premières expérimentations.

Pendant les huit premiers mois de l'année 1858, nous avons administré, à l'hôpital des Allemands, ce médicament à trente-quatre enfants à des doses qui ont varié entre 1 grain ou 1 grain 1/2 et même 2 grains toutes les deux heures, et 1 grain toutes les quatre ou six heures au minimum, tantôt seul, tantôt associé à 1/6, 1/4, 1/3 et même 1/2 grain d'extrait de belladone, à 1/4 ou à 1/2 grain de sulfate de quinine. Ces trente-quatre enfants étaient affectés : 13 de pneumonie, 1 de broncho-pneumonie, 7 de bronchite catarrhale, 11 de coqueluche avec catarrhe, 2 de coqueluche avec pneumonie. Sur ce nombre je n'en ai perdu que deux, l'un d'une pneumonie associée à la rougeole, l'autre d'une pneumonie tout à fait récente du lobe inférieur du poumon gauche succédant à une coqueluche.

Les résultats de ma pratique privée n'ont pas été différents de ceux de ma pratique d'hôpital, et je me rappelle grand nombre de petits malades d'un an et au-dessous qui ont pris 1 grain d'oxysulfure toutes les deux heures et toutes les heures sans vomir ; des enfants de deux et trois ans ont pris des doses de 2 grains, quatre

et même six et huit fois par jour, sans qu'on observât autre chose chez eux que l'effet désiré. Nous nous rappelons en particulier un enfant de deux ans et quatre mois, atteint de double pleuro-pneumonie, chez lequel, après avoir administré pendant quelque temps des doses assez faibles, nous prescrivîmes, pendant quatre jours, des doses de 2 grains 1/2 toutes les heures, ou de 5 grains toutes les deux heures, sans qu'il vomît plus d'une fois en vingt-quatre heures et sans qu'il eût de diarrhée, à peine une trace du médicament dans les déjections à partir de la fin du deuxième jour. La gravité de l'affection du poumon et de la plèvre étaient telles que le pronostic avait dû être défavorable, et le malade ne dut son salut qu'à l'abondance et à la facilité de l'expectoration produite par le médicament.

Nous croyons inutile de rapporter les observations détaillées, parce qu'il s'agit de maladies malheureusement trop communes pour la tranquillité des praticiens et parce que tout le monde pourra vérifier facilement l'exactitude de nos observations et la vérité de nos remarques. Mais ce que nous tenons à rappeler, c'est que, pour obtenir de bons résultats de ce médicament dans les maladies inflammatoires des organes respiratoires chez les enfants, il ne faut pas perdre de vue les indications de son emploi.

Toutes les fois qu'on s'attaque aux accidents fébriles du début de la pneumonie avec l'oxysulfure, on est sûr d'échouer complétement.

Toutes les fois qu'on s'adresse de la même manière à une bronchite aiguë, l'insuccès n'est pas moins certain.

C'est que l'oxysulfure paraît avoir pour action de liquéfier les sécrétions des membranes muqueuses des organes respiratoires, et, sous ce rapport, il peut être comparé aux préparations mercurielles qui liquéfient les exsudations plastiques et altèrent les qualités plastiques du sang. Comment cela se produit-il? C'est ce qu'il est impossible de déterminer. Probablement c'est par quelque effet sur les nerfs respiratoires et par une altération de leurs fonctions. Mais jusqu'à quel point les membranes muqueuses des autres appareils sont-elles accessibles à l'action de ce médicament, c'est ce que nous ne pouvons dire.

Nous avons employé ce médicament dans les inflammations du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons. Après que la fièvre inflammatoire est tombée, et lorsque la maladie a dépassé son plus haut degré de développement, on doit l'administrer seul ou associé à d'autres agents, à haute dose; mais il ne faut pas en attendre de bons résultats, à moins que l'on ne soit arrivé à cette

période de la maladie. Nous avons été généralement assez heureux pour obtenir une guérison rapide à la suite de son emploi. A peine s'il est besoin de dire que c'est dans le catarrhe bronchique ordinaire, alors qu'il est besoin d'une expectoration abondante et facile, que ce médicament donne les meilleurs résultats.

Un mot de réponse encore à quelques objections. Les hautes doses, dira-t-on, ne peuvent-elles pas amener des vomissements abondants et de la diarrhée? La chose est possible sans doute dans certaines idiosyncrasies; mais elle n'est rien moins qu'ordinaire, et les précautions d'administration prises pour les autres antimoniaux peuvent en mettre à l'abri.

Mais, dira-t-on encore, l'oxysulfure appartient à la classe des médicaments nauséeux; il doit donc, s'il est administré en certain temps, affecter l'appétit et détruire les forces. A cela il y a à répondre que, à l'époque où l'oxysulfure est administré, au sortir d'une inflammation aiguë, alors qu'il y a encore de la fièvre et qu'il faut de toute nécessité faciliter l'expectoration et l'absorption des produits plastiques, il y a peu à se préoccuper de l'appétit qui n'existe pas, et les fonctions digestives n'ont qu'à gagner à rester inactives. Plus tard, il n'en est plus de même; mais un médicament ne peut pas répondre toutes les indications.

Nous ne ferons plus qu'une remarque : nos observations nous ont appris que toutes les fois qu'un remède est franchement et pleinement indiqué, il est toléré à hautes doses. Nous avons donc la conviction que les hautes doses d'oxysulfure d'antimoine seront bientôt entrées dans la pratique générale, comme les hautes doses d'opium depuis Clarke et celles de tartre stibié depuis Rasori.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations cliniques sur l'ophthalmie granuleuse ou contagieuse (ophthalmie militaire ou des armées, ophthalmie d'Égypte, etc.).

Par M. le docteur CH. DEVAL.

L'élément granuleux communique aux ophthalmies qu'il engendre un cachet pathognomonique digne, à bien des titres, de fixer l'attention des praticiens. Son caractère contagieux élève ce point intéressant de la pathologie ophthalmique aux proportions d'une véritable question d'hygiène publique.

Parmi les doctrines émises jusqu'à ce jour, en ce qui concerne

l'étiologie et le diagnostic des affections granuleuses, il en est une qui nous a surtout frappé ; celle du docteur Thiry, professeur de pathologie chirurgicale à l'université de Bruxelles [1] ; elle a contribué à dissiper dans notre esprit bien des doutes et quelques idées fausses, que nous avaient léguées des enseignements erronés. Dans nos consultations cliniques, où se présentent toujours un bon nombre de granuleux, nous avons soumis les documents du docteur Thiry au contrôle d'un examen sévère et de recherches minutieuses, de concert avec l'un de nos anciens aides, le docteur Guyomar, qui a consacré à cette question importante son excellente thèse inaugurale [2]. C'est le faisceau de ces éléments qui constituera la base de ce travail.

§ I. Que doit-on entendre par ophthalmie granuleuse ? — On a confondu, sous le nom banal de *granulations*, un grand nombre de productions formant relief au-dessus du niveau de la conjonctive palpébrale, et qui, bien que dissemblables, ont cependant été regardées comme entachées d'une propriété contagieuse identique. Des végétations, des bourgeons charnus, des fongosités, des callosités, ont été qualifiés de granulations végétantes, sarcomateuses, fongueuses, calleuses, inodulaires, cartilagineuses, etc.

C'est surtout en ce qui concerne les hypertrophies papillaires et glandulaires ou folliculeuses que des erreurs se sont le plus généralement accréditées.

Les auteurs les plus modernes annoncent qu'une conjonctivite catarrhale peut aboutir, dans sa période sub-aiguë ou chronique, à la transformation granuleuse. Or, si vous consultez plusieurs dessins qu'ils ont consacrés à la reproduction de cette condition morbide, qu'y voyez-vous ? l'apparition, sur la face interne des voiles palpébraux, d'aspérités rouges, résultat de l'hypérhémie des papilles conjonctivales. Mais il faut remarquer que les hypérhémies papillaires (granulations miliaires ou sablées ; granulations papillaires de M. Hairion ; *trachoma carunculosum* de Pleuk) ne présentent jamais la disposition régulière en pavés, que M. Thiry a justement assignée à celle des granulations véritables (granulations thiryennes de MM. Delvaux et Guyomar.) Elles se montrent sous forme de petits grains, tantôt isolés, tantôt et le plus souvent confluents, rapprochés les uns des autres et égaux en volume

---

[1] Thiry, *Recherches sur les granulations*; compte rendu du Congrès d'ophthalmologie. Bruxelles, 1858.

[2] Guyomar, *Recherches sur les ophthalmies contagieuses*. Paris, 1858.

et en hauteur. Elles émanent directement de la muqueuse, sans paraître en modifier sensiblement l'épaisseur et la texture; leur position, d'ailleurs, est anatomiquement prévue, puisqu'elles sont constituées par une condition anomale d'organes naturels. Elles sont enfin accompagnées de la conservation de l'épithélium, tandis que le contraire existe dans les granulations véritables. M. Hairion fait justement observer que tout travail inflammatoire de la conjonctive, ayant une certaine durée, peut donner lieu à ces hypérhémies papillaires. On les rencontre plus particulièrement, ajoute-t-il, chez les personnes dont les yeux sont dans un état permanent de congestion, chez les individus, par exemple, qui habitent des lieux enfumés, ou chez les hommes de cabinet qui passent les nuits au travail.

Le grand pli conjonctival est le siége d'un certain nombre de follicules ou de glandules, qui, analogues aux glandes mucipares des autres muqueuses, se montrent habituellement sous une double rangée. M. Sappey n'en a compté que huit ou dix, chez quelques sujets; d'autres en ont présenté de vingt à vingt-cinq. Qu'y a-t-il de surprenant que ces organes se tuméfient et se remplissent de liquide, sous l'influence d'une congestion aiguë ou chronique, surtout chez les sujets lymphatiques? Or, ce sont là les granulations vésiculeuses des auteurs (*trachoma herpeticum* de Plenk); globuleuses, elles contiennent un fluide jaunâtre, quelquefois transparent, et se présentent alors sous forme de perles hyalines.

Le phénomène capital qui domine la question dont il s'agit peut être formulé de la manière suivante : les granulations sont des productions spéciales, identiques sur toutes les muqueuses, transmissibles de l'une à l'autre par voie de contagion, et émanant d'un virus, qui peut être nommé virus granuleux et qui se régénère à l'infini dans les altérations qu'il engendre. L'intervention de ce principe est une condition sans laquelle il n'y a pas de granulations véritables. Sa source n'existe pas seulement dans les yeux attaqués de granulations; on la trouve dans le vagin, dans l'urètre, dans toutes les muqueuses infectées suivant le même mode. Il vous est souvent donné de découvrir le point de départ de la lésion que vous avez à combattre; elle a été, par exemple, importée dans une famille par un enfant qui a contracté des granulations dans une crèche, dans une salle d'asile, dans un hôpital. Dans d'autres cas, son origine échappe, n'est point déterminable. L'unité de la cause ne doit donner lieu qu'à des émanations morbides bien tranchées; c'est ce qui arrive dans la conjonctivite granuleuse, et il sera géné-

ralement facile de la reconnaître, quand on l'a observée chez un petit nombre de malades.

§ II. Caractères anatomiques et physiologiques. — D'après les recherches micrographiques des docteurs Gluge et Delvaux, les granulations émanent d'un exsudat plastique qui s'organise pour former d'abord des cellules. Bientôt, par leur développement, celles-ci donnent naissance à des fibres qui se disposent parallèlement dans chaque granulation. Cellules et fibres soutiennent un lacis vasculaire très-riche et serré qui les alimente, et qui n'est qu'un prolongement de nouvelle formation des capillaires de la conjonctive.

Les symptômes de l'ophthalmie granuleuse se présentent sous un double aspect, suivant qu'ils s'associent à une ophthalmie aiguë, ou à cette maladie, dans sa période chronique.

1° *Etat aigu.* — L'impression produite sur l'œil par l'application du pus contagieux peut se révéler, au bout d'un temps fort court, par une hyperphlogose des plus dangereuses. La conjonctive offre une injection uniforme, d'un rouge vif; le tissu cellulaire sous-jacent se congestionne; ces parties ne tardent pas souvent à devenir le siége d'une tuméfaction énorme, par suite des liquides qui les pénètrent. Un gonflement plus ou moins considérable des paupières se joint d'ordinaire à la tuméfaction chémosique. Dans quelques cas, les bords palpébraux extroversés ne peuvent plus se rapprocher l'un de l'autre; parfois, le voile supérieur infiltré, œdémateux, chevauche sur le voile inférieur, dont il renverse les cils vers le bulbe. Tandis que l'épithélium s'élimine, dit le docteur Thiry, que la surface conjonctivale, naguère lisse et polie, perd ces qualités, une exsudation fibrino-albumineuse s'épanche sur la conjonctive et s'organise bientôt sur toute l'étendue de la muqueuse palpébrale, qui se couvre de petites saillies très-serrées, et abondantes surtout vers le cul-de-sac oculo-palpébral. Ces saillies, ou granulations, sont d'un rouge amarante et offrent un aspect miroitant caractéristique. Evasées à leur base, acuminées à leur sommet, elles sont séparées par des sillons remplis d'abord d'une sérosité sanguinolente, qui cède rapidement la place à un pus d'un blanc jaunâtre; la moindre pression exercée sur elles en fait sortir un sang vermeil, qui s'étend en nappe sur les parties voisines; elles sécrètent, à partir du moment de leur apparition, le pus qui baigne leur surface et remplit leurs interstices. A cette période du mal, le sol conjonctival offre un aspect qui ne saurait être mieux comparé qu'à celui du pavé des rues; on n'y trouve pas trace d'épithélium, et l'on chercherait vainement dans une conjonctive aussi

altérée ses follicules et ses papilles. Lorsque les granulations sont bien établies, lorsque leurs sillons d'intersection sont remplis du muco-pus qu'elles exsudent, leur sommet, d'un rouge très-vif, ressort sur le fond de la conjonctive rendue jaunâtre par la présence du liquide purulent. Accolées les unes aux autres, elles sont souvent imbriquées, par suite de leur inclinaison vers le grand angle, phénomène qui peut être attribué à la progression des matières de l'angle externe vers l'angle interne. Pour les bien démasquer, dans cette dernière condition, il faut passer le doigt sur leur surface, en sens inverse de leur inclinaison.

La marche de l'inflammation est essentiellement variable, suivant une foule de conditions qu'il est difficile de préciser. Tantôt, et dans les cas les plus heureux, l'organe visuel se reconstitue dans sa normalité primitive, les accidents phlegmasiques se calmant et s'évanouissant peu à peu, au bout d'un laps de temps généralement long et qui peut durer plusieurs semaines. Tantôt l'inflammation disparaît, laissant après elle des désordres plus ou moins graves et parfois au-dessus des ressources de l'art (staphylomes de la cornée; leucomes plus ou moins étendus, etc.). Dans d'autres circonstances, la phlogose ne décline qu'après la perte de l'œil, par suite du ramollissement, de la perforation ou du sphacèle de la cornée et de l'évacuation des humeurs intra-oculaires. Il est presque exceptionnel, d'ailleurs, que la cessation de cet état aigu soit accompagnée de celle des productions granuleuses; rien n'est commun, au contraire, comme de les voir aboutir à la période chronique, et, alors, un ordre de phénomènes moins alarmant, bien que toujours sérieux, se présente à l'observateur.

2° *Etat chronique.* — L'allure chronique et indolente des granulations se montre très-fréquemment dans la pratique ophthalmologique, soit qu'elles aient succédé à l'état aigu dont nous avons parlé, soit qu'elles aient envahi les yeux d'une manière sourde et insidieuse. C'est ainsi que nous voyons journellement des malades qui offrent des granulations accompagnées à peine des phénomènes d'une simple conjonctivite catarrhale, et qui continuent à s'adonner à leurs occupations, dans l'exercice desquelles ils n'éprouvent souvent qu'un peu de gêne.

Dans leur état chronique comme dans leur état aigu, les granulations présentent une disposition symétrique en pavés, que nous avons décrite; mais elles sont susceptibles de différer, dans cette double condition, par quelques modifications de consistance, de volume, de couleur signalées par le docteur Thiry.

Si, dans les ophthalmies contagieuses récentes, les granulations sont molles et dépressibles, c'est que l'élément celluleux y prédomine (granulations cellulo-vasculaires). Les granulations anciennes, au contraire (granulations fibro-vasculaires), sont plus résistantes, par suite de la prédominance du tissu fibreux. C'est à cause de cet état, que les auteurs ont pu parler de conjonctives offrant la dureté, les inégalités, la rudosse d'une râpe. Cette dureté, caractère particulier des granulations de vieille date, dénote que la muqueuse malade a subi une transformation profonde, la transformation granulée, qui est des plus rebelles et constitue une véritable diathèse locale.

Les granulations récentes sont d'habitude moins volumineuses que les granulations anciennes. Celles-ci peuvent devenir fongueuses, sarcomateuses, etc., et acquérir à la longue des dimensions très-fortes.

La couleur des granulations aiguës est d'un rouge plus vif que celle des granulations chroniques. Parfois même, celles-ci ont un reflet livide, plombé, qui s'évanouit, si on les excite par les frictions et la pression; elles se congestionnent alors et reprennent momentanément leur coloration primitive.

Il résulte de l'absence de l'épithélium et de la richesse surtout du lacis vasculaire qui entre dans la composition de ces tumeurs, qu'elles sont susceptibles de saigner avec facilité, moins facilement cependant dans la seconde période que dans la première. Il y a lieu de remarquer aussi que les surfaces palpébrales, vraiment granuleuses, sant dépourvues de vaisseaux ayant un cours bien appréciable, comme la chose a lieu, et souvent d'une manière exagérée, dans les autres blépharo-conjonctivites. Le phénomène s'explique fort bien, d'ailleurs, lorsqu'on réfléchit au mécanisme qui préside à la constitution des productions granuleuses. Nous le considérons comme l'un des guides les plus précieux pour reconnaître si les aspérités dont une paupière est pourvue sont des granulations ou des hypérhémies papillaires ou autres.

La scarification des paupières granulées fournit généralement un sang épais, plastique, se coagulant avec rapidité. Je scarifie journellement des granuleux dont le sang n'arrive pas au vase qu'ils tiennent devant eux; il s'arrête sur la joue, s'y fige, et souvent les malades ne s'en délivrent, par les lotions, qu'avec quelque peine. Si l'on scarifie, au contraire, des paupières atteintes d'une conjonctivite chronique, sans granulations, il y a écoulement d'un sang habituellement fluide et dépourvu de plasticité; quand il est abon-

dant, une rigole se forme sur la joue du patient, et le liquide tombe dans le vase prêt à le recevoir.

Le muco-pus de l'ophthalmie purulente granuleuse est épais, empèse le linge et le traverse, comme le ferait la sécrétion d'un vésicatoire ; on ne peut le faire disparaître que par un lavage prolongé. Il est lourd et se précipite aisément au fond de l'eau. Le mucus de la conjonctivite puriforme non granuleuse est plus ténu et surnage en partie dans le liquide.

Bien que le muco-pus soit parfois copieux dans les conjonctivites granuleuses chroniques, il arrive fréquemment qu'il est dénué d'abondance, associé, dans ce cas, à des phénomènes inflammatoires peu développés et souvent presque nuls. Cette condition peut faire penser au malade qu'il est guéri ou dans un état voisin de la guérison ; mais si vous renversez les paupières, vous découvrez, dans un grand nombre de circonstances, la persistance de plaques granuleuses, surtout vers le cul-de-sac rétro-tarsien supérieur. Or, ce reliquat morbide suffit pour devenir, sous l'influence d'une cause irritante, souvent bénigne, le point de départ d'une conjonctivite puro-muqueuse aiguë et d'accidents sérieux. Quelques auteurs parlent de granulations sèches ou non sécrétantes, distinction que n'admet pas M. Thiry, qui considère la sécrétion purulente comme une condition de l'existence de l'état granuleux. Elle peut seulement être diminuée de quantité, n'exister, par exemple, que le matin, au réveil du malade.

Les troubles fonctionnels, susceptibles de s'associer aux ophthalmies granuleuses anciennes, sont ceux des conjonctivites chroniques : prurit, sentiment de gravier, larmoiement habituel, collement des paupières, clignotement de ces voiles, etc. Les yeux sont sensibles à l'éclat de la lumière solaire ou artificielle ; plusieurs sujets se plaignent de kopiopie. Chez les uns, la vue reste bonne ; elle est plus ou moins troublée, chez les autres, suivant l'hypérémie intrà-oculaire et suivant surtout les conditions de la cornée susceptible de se dépolir, de s'obscurcir, de se vasculariser plus ou moins. On peut à peu près admettre comme règle que, quand la moitié supérieure de la cornée est occupée par une opacité vasculaire, cette condition dénote une irritation lente et chronique de cette partie, par suite du frottement qu'y exercent, à la manière d'une râpe, des aspérités plus ou moins dures logées sur la muqueuse de la paupière correspondante. Or, ces aspérités sont des granulations ou des papilles hypertrophiées. Si le segment inférieur de la cornée est plus rarement altéré, c'est qu'il est à peine

couvert par la paupière inférieure qui n'est, d'ailleurs, douée que d'une mobilité très-bornée, tandis que la supérieure chevauche incessamment sur la région voisine du miroir, contre laquelle elle se trouve pressée par les contractions de l'orbiculaire. Très-fréquemment, en outre, la kératite panniforme est accompagnée d'un certain degré d'abaissement de la paupière supérieure, qui occupe tantôt un œil, tantôt les deux yeux ; à voir cette occlusion incomplète, on dirait que les malades sont livrés à un demi-sommeil. Le ptosis peut s'expliquer ici par l'épaississement du voile palpébral devenu plus lourd, par suite de l'addition de quelques éléments anomalement entrés dans sa composition. On a encore invoqué l'engourdissement de sa mobilité, à cause du processus congestif dont il est le siége.

Chez Pierre Rosset, Savoisien, âgé de vingt-neuf ans, qui se présenta pour la première fois à mon dispensaire en janvier 1851, la maladie, qui affectait les deux yeux, datait de mai 1848, époque à laquelle il faisait campagne en Italie, dans l'armée du roi Charles-Albert. Atteint alors d'une ophthalmie très-aiguë, qui l'avait contraint d'entrer à l'hôpital de Brescia, où il séjourna cinquante jours, il fut saigné, purgé, soumis à l'usage de plusieurs collyres, et un vésicatoire lui fut appliqué à la nuque. Ces expédients triomphèrent de la violence de la phlegmasie, mais laissèrent la vision frappée d'un affaiblissement considérable.

Comme je ne découvris, tout d'abord, aucun symptôme objectif, sauf un certain degré de ptosis, ma première pensée fût pour une amaurose. Les pupilles étaient contractées ; il y avait de la sensibilité à l'éclat du jour ; la flamme d'une bougie paraissait au malade coupée vers ses bords en plusieurs segments. Mais, par une exploration plus minutieuse, et surtout par l'inspection latérale des cornées à la loupe, j'y constatai la présence de plusieurs ulcérations plates et diaphanes; puis, retournant les paupières supérieures, je m'aperçus qu'elles étaient infectées de granulations. Nous avions affaire à une double ophthalmie granuleuse, qui avait entraîné les conditions anomales des miroirs.

Il importe d'autant plus d'examiner soigneusement les cornées, dans ces circonstances, que les facettes dont elles sont pourvues, étant souvent tout aussi transparentes que le reste de la membrane, et se perdant, d'ailleurs, dans les reflets de l'œil, il en résulte la possibilité d'une erreur préjudiciable au point de vue du traitement. Il serait possible encore, dans l'hypothèse de l'admission d'une amblyopie congestive, qu'on fût porté à envisager la chute de

la paupière supérieure comme le résultat d'une paralysie incomplète de la troisième paire, paralysie reconnaissant la même cause que l'amblyopie présumée. Mais il faut se souvenir que l'état granuleux des voiles palpébraux engendre fréquemment la blépharoptose ; c'est ce qui a fait dire à Fischer (de Prague) qu'il avait surtout rencontré le dernier phénomène morbide dans les ophthalmoblennorrhées chroniques.

Après avoir conduit Rosset dans une chambre obscure, où nous examinâmes ses cornées à la lueur d'une bougie, nous fîmes remarquer à plusieurs médecins présents à la visite que quelques-uns de leurs points laissaient émaner des jets de lumière analogues à ceux qui sont reflétés par un diamant. Le professeur Laugier a surtout insisté sur les avantages de ce mode d'exploration, dans des cas analogues à celui que nous venons de rapporter; il faut y ajouter aujourd'hui l'éclairage oblique. Pierre Rosset fut soumis aux scarifications et à la cautérisation de la face interne des paupières avec une solution concentrée de nitrate d'argent, et huit ou dix jours suffirent pour un commencement de bonification dans les perceptions visuelles.

La conjonctive palpébrale, qui a été longtemps affectée de granulations, ne revient que rarement, après la guérison, à ses dispositions complétement normales. Dans la généralité des cas, des modifications notables ont envahi sa texture. Elle peut être épaissie, indurée, excavée çà et là ; nous l'avons vue munie d'un éclat comme tendineux ; le nitrate d'argent lui a parfois fourni une teinte livide. On peut établir que les transformations dont le tissu conjonctival et les parties sous-jacentes sont le siége sont d'autant plus développées que le mal a été plus opiniâtre, que les suppurations qui ont pu l'accompagner ont été plus nombreuses et plus profondes, et que les ravages surtout produits par les instruments tranchants et les caustiques énergiques ont été plus considérables. L'entropion, le symblepharon sont des conséquenees fréquentes de l'intervention de ces derniers agents.

§ III. Étiologie. — On a invoqué une foule d'influences pour interpréter l'invasion des ophthalmo-blennorrhées qui nous occupent. Telles sont, pour l'ophthalmie d'Egypte, les exhalaisons du sol, après que le Nil est rentré dans son lit, la poussière soulevée par le vent du désert. Les ophthalmies, qui se montrèrent nombreuses dans l'armée prussienne, reconnaissaient très-probablement pour cause, d'après Hufeland, la transition d'une vie sédentaire à la vie active des camps, l'obligation de coucher, pendant

des mois entiers, sur la terre humide et à la belle étoile, enfin, la coupe des cheveux brusquement pratiquée sur des hommes qui, jusque-là, avaient porté une longue chevelure. Les médecins belges ont été longtemps divisés en trois principaux camps, eu égard à l'interprétation du mode d'origine du fléau qui désolait leur armée. Les *contagionistes* admettaient la contagion, les *catarrhalistes* l'influence de causes purement catarrhales, les *compressionistes* professaient que le mal dépendait d'une congestion conjonctivale liée à une double compression, sur la zone céphalique et le pourtour cervical, par le shako et le col. Un grand nombre d'autres causes, la plupart insignifiantes et banales, ont été mises en avant : la nostalgie, le régime alimentaire du soldat, l'abus des liqueurs fermentées, l'insalubrité des casernes, l'encombrement, l'action du sable, de la craie, du tripoli affectés au nettoyage des uniformes.

Tout s'explique, et que d'enseignements surtout sous le rapport de la prophylaxie, si l'on accepte, quant à l'étiologie des ophthalmoblennorrhées, les données de l'observation pratique !

La voie de contamination la plus commune est, sans aucun doute, l'inoculation directe par le transport, sur un œil sain, du mucus virulent fourni par un œil affecté, transport effectué avec les doigts, des linges, des éponges, etc. L'une de mes malades prétendit que les granulations dont elle était atteinte étaient le résultat de la cautérisation de ses paupières avec un crayon de sulfate de cuivre qui avait servi à des granuleux. M. Hairion rapporte qu'après le retour dans ses foyers d'un soldat, affligé de l'ophthalmie militaire, deux membres de sa famille devinrent aveugles et trois borgnes, par suite de la contagion. Cet homme étant venu, dix ans après, se faire traiter à l'Institut ophthalmique de Mons, le docteur François, après l'avoir examiné, porta par mégarde aux yeux ses doigts imprégnés d'une très-petite quantité de muco-pus ; il fut assailli d'une ophthalmie qui dura six mois. Un infirmier, qui n'avait pas suivi le conseil de ne faire usage d'aucun des objets qui avaient servi au malade, contracta une ophthalmie qui le rendit aveugle. Des faits nombreux du même genre prouvent amplement la contagion immédiate qu'ont, en outre, démontrée des expériences tentées sur les animaux vivants. D'après celles de M. Decondé [1], un chien, dont les conjonctives palpébrales sont dans les conditions normales, devient presque constamment granuleux, au bout de quelques jours,

---

[1] Testelin et Warlomont, Annotations de la traduction du *Traité des maladies des yeux* de Mackenzie.

si on l'enferme dans la même niche qu'un autre chien atteint d'ophthalmie granuleuse.

Quelques observateurs admettent que la contamination peut être médiate, c'est-à-dire se réaliser à distance par voie atmosphérique ou miasmatique. Au rapport de M. Decondé, un linge entaché, depuis plus d'une année, de matière virulente ophthalmique, fut fixé à une petite pièce de cuir, laquelle fut assujettie par ses bords, avec de la poix, au devant de l'œil d'un chien; toutes les précautions avaient été prises pour que le linge ne touchât ni aux paupières ni au globe de l'animal; or, des granulations apparurent. On a dit que des vêtements, des effets de literie, etc., étaient susceptibles de s'imprégner de miasmes, de les garder pendant un temps plus ou moins long, puis de les rendre à l'air, sous l'influence de circonstances propres à seconder cette restitution, et de former ainsi de nouveaux centres de contagion. Fondé sur l'autorité de Fabini, d'Omodei de Vetch, le docteur Carron du Villards professe que l'infection miasmatique peut avoir lieu pour des sujets non atteints d'ophthalmie, quand on les place dans un local étroit et mal aéré, où sont rassemblés des malades qui en sont affectés.

La translation à distance est moins généralement admise que la contagion immédiate; elle est aussi d'une démonstration moins rigoureuse; il est, en effet, bien difficile de prouver, dans un cas donné, qu'un sujet, qu'on prétend infecté par le premier mode, ne l'a pas été par le second. En supposant même fausse la théorie de la contagion miasmatique, il y aura toujours prudence à l'admettre au point de vue pratique, c'est-à-dire en ce qui concerne l'isolement des granuleux et les mesures hygiéniques de toute sorte, une trop grande confiance dans un sens opposé pouvant entraîner des résultats funestes.

De même qu'il y a des conjonctivites puro-muqueuses simples, de même aussi il existe des vaginites, des urétrites purement catarrhales, celles, par exemple, qui résultent du séjour d'une sonde dans le conduit urinaire. Mais l'expérience démontre qu'à la conjonctivite granuleuse correspond une inflammation spécifique identique, et ayant pour siége la muqueuse de l'urètre, du vagin, du col utérin. Prenez, sur la muqueuse génitale ainsi affectée, du muco-pus pour le déverser sur l'œil, vous obtiendrez une conjonctivite purulente souvent granuleuse; le muco-pus oculaire, porté dans l'urètre, dans le vagin, donnera lieu à une urétrite, à une vaginite de même nature.

Des preuves irréfragables attestent la vérité de ces propositions.

J'ai donné des soins, avec le docteur Zurcher, à une petite fille de quatre ans, qui fut frappée d'une ophthalmo-blennorrhée des plus véhémentes, après qu'elle eut porté à ses yeux une serviette qui avait servi à son père, affecté d'une gonorrhée, dont il avait laissé ignorer l'existence à ceux qui l'entouraient. Cette enfant perdit un œil, et il fallut un temps fort long pour la délivrer des granulations dont elle était atteinte et qui faillirent compromettre le salut de son congénère. Fréquemment encore la conjonctivite purulente granuleuse des nouveau-nés dérive d'une infection contractée pendant le travail de l'accouchement. M. Thiry rapporte qu'une jeune femme, blonde et lymphatique, entrée dans son service de l'hôpital Saint-Pierre, avait mis au monde un enfant qui fut attaqué d'ophthalmo-blennorrhée. Ayant constaté la virulence et la spécificité de la conjonctivite, ce professeur prédit à ses élèves que la mère devait être entachée de granulations sur un point quelconque des organes sexuels. Il la visita au spéculum, et trouva le col de l'utérus couvert de granulations identiques par la forme, par la couleur et presque par le volume. Telle est l'*ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés* de Cunier, affection offrant une concordance parfaite avec l'ophthalmie égyptienne ou des armées, et avec l'ophthalmie gonorrhéique. Il faut se garder de la confondre avec l'*ophthalmie leucorrhéique des nouveau-nés* du même auteur ; produite par un flux leucorrhéique bénin et qui peut dépendre d'une vaginite folliculeuse, commune chez les femmes grosses, d'une simple inflammation du col utérin, etc., elle est infiniment moins sérieuse, et peut être rangée dans la catégorie des conjonctivites purement catarrhales.

L'allégation qui précède a été énergiquement combattue par le docteur Warlomont, devant l'Académie de médecine de Belgique. Ce praticien affirme que, chez aucun de ses malades atteints de pannus, la blennophthalmie inoculée n'a donné naissance à des granulations, ni pendant l'état aigu, ni plus tard. Il y a mieux : quand les sujets étaient porteurs de produits granuleux, avant d'être inoculés, ces produits disparaissaient invariablement sous l'influence de la blennophthalmie. Dans l'opinion de M. Thiry, s'il paraît que des granulations n'ont point été constatées chez les inoculés de M. Warlomont, c'est qu'il a le plus habituellement opéré avec de la matière émanant d'urétrites simples. La conjonctive, d'ailleurs, comme tous les autres tissus, possède de grandes variations de sensibilité ; il en est qui résistent à l'impression des agents irritants, comme d'autres y cèdent avec la plus grande facilité ; peut-on ad-

mettre que, partout et toujours, le virus granuleux déposé sur une conjonctive aboutit invariablement aux mêmes conséquences ? Dans l'espèce enfin, le muco-pus a été mis en rapport avec des tissus généralement délabrés par des dégénérescences profondes, la conjonctive oculo-palpébrale ne pouvant guère conserver ses conditions physiologiques, quand la cornée est entachée de la lésion ancienne et grave qui milite, en désespoir de cause, pour l'application de l'inoculation.

La transmissibilité de la maladie virulente des yeux aux organes de la génération est démontrée par les recherches des docteurs Guyomar et Thiry. Après avoir recueilli une certaine quantité de muco-pus exsudé par une conjonctive granuleuse, M. Thiry le plaça sur la partie de la muqueuse où viennent s'ouvrir les canaux des glandes vulvo-vaginales, et il obtint des granulations spécifiques avec exsudation purulente. La même expérience faite pour le col utérin et l'urètre a fourni des résultats identiques.

Il résulte des considérations qui précèdent que l'affection granuleuse doit souvent exister simultanément, chez un même individu, sur divers points de l'économie. C'est en effet ce qui a lieu. Qui ne sait qu'elle envahit rarement un seul œil, le sujet ne tardant pas à porter lui-même le venin de l'infection dans son congénère. L'une de mes malades, âgée de trois ans, entre à l'Enfant-Jésus, pour une fièvre qui la tourmentait, d'après l'expression de la mère ; elle était atteinte aussi d'une conjonctivite légère attribuée à la suppression d'une gourme. A l'hôpital, elle contracte une ophthalmie purulente aiguë ; elle en sort, au bout de six semaines, et on l'amène à mon dispensaire. Je constatai une ophthalmo-blennorrhée des plus intenses aux deux yeux, avec ectropions et présence de ces granulations en pavés, caractéristiques. Elle était, en outre, affectée, depuis quinze jours, d'une urétrite et d'une vaginite blennorrhagiques. Ce fait est instructif à plus d'un titre. Tant que l'enfant habitait son domicile, la conjonctivite était simple ; celle-ci devient granuleuse à l'hôpital, sous l'influence d'une condition virulente ; puis la malade s'infecte elle-même, et infecte sa mère et sa sœur, naguère saines, aujourd'hui granuleuses. Le docteur Thiry dit avoir fréquemment vérifié chez les hommes la coexistence d'une urétrite avec l'affection oculaire, les deux lésions offrant une identité frappante. Nombre de fois aussi, chez les femmes, il trouva au col de l'utérus, dans la vulve, à l'urètre, des granulations absolument semblables à celles qu'il observait sur la conjonctive affectée.

Le fléau granuleux exerce surtout ses ravages dans les materni-

tés, dans les salles d'asile, dans les prisons, dans les armées, partout, en un mot, où beaucoup d'individus ont entre eux des rapports journaliers. Si l'ophthalmie purulente granuleuse sévit si cruellement en Egypte, il faut en attribuer principalemont le motif à la malpropreté, à l'ignorance et à l'incurie des habitants de ce pays dans les basses classes. M. Annibal Dantan, orientaliste distingué, qui a passé plusieurs années en Egypte, me disait que rien n'y était si commun que de rencontrer de malheureux *fellahs* portant dans leurs orbites des mouches qui s'y nourrissaient des sécrétions morbides. « On voit, dans les temps chauds, dit MacGregor [1], les mouches entourer en grand nombre les personnes qui sont affligées de cette ophthalmie ; je soupçonne fort qu'elles sont fréquemment le moyen par lequel elle se communique. » En Egypte, d'ailleurs, presque tous les gens ignorent les précautions à prendre pour se préserver de la contagion, et, quand ils les connaîtraient, consentiraient-ils à s'y soumettre ? Il faut avoir vu, comme nous, les musulmans en temps de peste et dans les incendies, pour savoir jusqu'où va le fatalisme auquel ils sont livrés et qui les rend indifférents sur tout ce qui peut éloigner d'eux un danger. Parmi les borgnes et les aveugles que j'ai observés, lors de mon dernier voyage à Constantinople, en 1838, et dont beaucoup stationnaient comme mendiants aux portes des mosquées et des couvents des derviches (moines turcs), j'ai rencontré un bon nombre de granuleux. Plusieurs, me dit-on, étaient des anciens pèlerins de la Mecque, qui avaient contracté l'ophthalmie purulente à leur passage en Egypte. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la préparation et la conservation de l'oxysulfure d'antimoine.

M. Jacobi nous fait connaître un procédé de préparation de l'oxysulfure d'antimoine, d'après la pharmacopée prussienne, qui donne, suivant lui, un excellent produit :

On fait dissoudre 1,500 grammes de carbonate de soude ordinaire dans 7,500 grammes d'eau, et, la dissolution opérée, on la mêle avec 500 grammes de chaux rendue demi-liquide par l'addition de 1,500 grammes d'eau, avec 1,000 grammes de sulfure noir

[1] Samuel Cooper, *Dictionnaire de chirurgie pratique.* Paris, 1826, t. II.

d'antimoine et avec 125 grammes de fleurs de soufre. On fait bouillir ce mélange pendant une heure et demie, en ajoutant de l'eau à mesure qu'elle s'évapore; on fait bouillir de nouveau le résidu avec 3,000 grammes d'eau, on filtre et on lave à l'eau chaude. Le liquide est abandonné à lui-même, et les cristaux obtenus sont lavés avec de l'eau distillée, mêlée de 1/100 de potasse, et desséchés ensuite. On fait dissoudre 500 grammes de ces cristaux dans 2,500 grammes d'eau, on filtre et on étend le liquide filtré avec 12,500 grammes d'eau. On ajoute un mélange de 150 grammes d'acide sulfurique et de 4,000 grammes d'eau qu'on a décanté après réfrigération. Le précipité est filtré, lavé d'abord avec de l'eau commune, ensuite avec de l'eau distillée, pressé doucement entre deux feuilles de papier brouillard, séché dans un endroit obscur, à une température de 77 degrés Fahrenheit, réduit en poudre et conservé pour l'usage dans un flacon noirci et dans un endroit obscur.

Le séchage à une douce température et l'emploi de l'eau distillée pour laver le produit sont deux conditions très-importantes pour en assurer la conservation.

Des cristaux qui se forment dans les extraits pharmaceutiques.

Notre collaborateur, M. Stanislas Martin, signalait récemment le fait curieux d'une cristallisation *per ascensum* de chlorure sodique qui se produisait à la surface de divers extraits préalablement recouverts d'une rondelle de toile. Un pharmacien militaire belge, M. Bihot, ayant recueilli une certaine quantité de cristaux cubiques, à la surface d'un extrait de jusquiame noire, protégé simplement par le couvercle en tôle qui ferme les pots en usage dans les pharmacies, les a soumis à l'analyse ; au lieu de les trouver formés de chlorure de sodium, comme il s'y attendait, c'est du chlorure de potassium sans aucune trace de soude qu'il a constaté.

L'extrait médicamenteux qui a fourni à M. Bihot le sel potassique ne figure pas au nombre des préparations examinées par M. Stanislas Martin : les extraits de datura, de cresson, de ciguë et de digitale. Quoi qu'il en soit, le fait du pharmacien belge prouve que la présence d'une rondelle de toile n'est pas une condition indispensable pour la production du phénomène.

Formule de la pommade au protoiodure de mercure ; rectification.

Une erreur typographique a été commise dans l'une des formules pour le traitement de l'acné que nous avons publiées dans notre

dernier numéro, celle de la pommade au protoiodure (p. 270). L'exagération de la dose du sel mercuriel n'aura pas échappé à la sagacité de nos lecteurs ; on a imprimé 50 grammes au lieu de 50 centigrammes. Nous rétablissons cette formule.

Axonge...........................	30 grammes.
Protoiodure de mercure.............	50 centigrammes.

Une onction chaque soir sur les parties du visage atteintes d'acné.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Remarques sur un cas de chorée aiguë traité avec succès par l'arsenic.

Nous devons le succès que nous allons rapporter à l'intéressant article que M. Aran a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* sur le traitement de la chorée par l'arsenic. Cette médication, dans la maladie qui nous occupe, n'est certes pas nouvelle ; il faut bien convenir, toutefois, qu'elle était un peu délaissée par les praticiens qui, pour la plupart, ne songeaient pas à la mettre en pratique, ni même à l'essayer.

Quoique nous venions ajouter un cas de succès de plus à ceux qui sont déjà connus, nous n'avons nullement la pensée d'obtenir dans tous les cas qui se présenteront à nous désormais une guérison aussi facile. Sans doute l'arsenic nous paraît devoir jouer, dans la thérapeutique de la chorée, un rôle des plus importants ; cependant, en nous tenant aux seuls enseignements de la clinique, nous devons reconnaître que la chorée dérive de trop de causes diverses, chez les différents sujets qui en sont atteints, pour céder dans tous les cas à un traitement identique.

Nous partageons, relativement à la pathogénie de la chorée, les opinions si simples et si justes que le collaborateur de Sandras, le docteur Bourguignon, a émises dans ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, 1858, t. LV, p. 145 et 211). Pour nous, la chorée est véritablement une affection morbide, une modification spéciale du système vivant, ou, si l'on veut, un état diathésique particulier. Quoique souvent consécutif à d'autres affections ou à d'autres diathèses, cet état pathologique ne peut être considéré comme un pur symptôme de ces dernières affections ou diathèses, qui ne sont ici que des causes provocatrices plus ou moins puissantes.

M. Sandras a rapporté, il y a longtemps, des exemples remarquables de danse de Saint-Guy dérivant de la chlorose et guérie

par les ferrugineux; l'avant-dernier numéro du *Bulletin* rapporte encore un cas analogue. Ces faits prouvent la grande influence pathogénique de la chlorose dans la maladie qui nous occupe; mais la chorée existe trop de fois sans précédents chlorotiques, et l'aglobulie s'observe trop souvent sans être suivie de chorée, pour qu'on puisse faire de l'une de ces affections la cause prochaine de l'autre.

Dans un cas observé par nous en Algérie, précisément à l'époque où M. Sandras publiait ses guérisons de chorée par les ferrugineux, nous pûmes nous convaincre de l'insuffisance de ces agents même chez certains sujets chlorotiques. Nous avions affaire à une jeune fille de quinze ans, fatiguée par les pâles couleurs ; le fer fut un reconstituant parfait, mais en rendant le sang plus riche, il n'agit pas assez efficacement sur les mouvements désordonnés qui cédèrent bien plus tard après l'établissement des menstrues.

L'observation suivante démontrera que la chorée ne peut pas être comptée non plus dans certains cas comme absolument symptomatique du rhumatisme ; celui-ci ne joue aussi, par rapport à celle-là, que le rôle de cause provocatrice. Nous allons raconter avec détail cette observation ; nous insisterons surtout sur les antécédents, afin qu'on puisse justement apprécier la valeur étiologique des états morbides préexistants. La connaissance de ces conditions pathogéniques ne sera peut-être pas inutile au point de vue du traitement, et elle était, au reste, indispensable pour bien indiquer les circonstances dans lesquelles l'arsenic nous avait réussi et est susceptible de réussir encore. Nous appelons surtout l'attention sur la préexistence d'une teigne faveuse et sur les modifications reconnues dans celle-ci pendant le cours de la médication arsenicale.

Obs. Henri S***, âgé de douze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, présente des croûtes faveuses sur la tête depuis plus de deux ans ; aucune autre maladie ne l'a atteint durant son enfance. Son père est fort, bien constitué, sans vice humoral ; il appartient pourtant à une famille dont plusieurs membres sont manifestement atteints d'affection scrofuleuse. Sa mère est éminemment nerveuse et très-sujette à des attaques spasmodiques qui lui reviennent depuis longtemps, à la suite d'émotions ou de trop fortes fatigues ; d'après la description de ces attaques, que je n'ai jamais pu observer, je ne serais pas éloigné de les rattacher à l'épilepsie.

Le jeune Henri a pu s'exposer à la pluie et à l'humidité du soir, pendant le printemps dernier, mais il nous assure ne pas s'être mouillé d'une autre manière. Vers le 15 avril, il eut une vive frayeur ; un chien qu'il taquinait se mit à le poursuivre et le mordit à la jambe. Dans les premiers jours de mai, il commença à se plain-

dre de douleurs dans les mollets; il marcha dès lors avec quelque peine, et une grande fatigue le forçait souvent à se coucher. Ces douleurs devinrent de plus en plus vives; elles étaient lancinantes et non continuelles; l'appétit diminua; on remarqua que l'enfant était très-chaud, et que son pouls battait très-vite. Nous fûmes appelé le 15 mai; les douleurs se faisaient surtout sentir alors dans le mollet et l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche; le genou correspondant était sensible à la pression et légèrement enflé. Le pouls battait 100 pulsations; il était dépressible; les battements du cœur étaient un peu secs, sans bruit anomal. La face était pâle et avait une expression extrême de souffrance. Il y avait un peu de céphalalgie frontale. La langue était blanche au milieu, rouge aux bords, mince; la bouche était sèche, l'appétit nul, la soif vive; les gencives étaient un peu pâles. L'épigastre et l'abdomen étaient souples et indolores, les selles rares et très-dures, les urines un peu rouges et chaudes au passage.

Des pilules avec l'aconit, l'extrait de gaïac et le calomel, des frictions avec l'huile de jusquiame sur les parties affectées, eurent à peu près raison des douleurs, dans l'espace de deux à trois jours. Nous les suspendîmes à cause d'une diarrhée abondante qui se déclara.

Le 20 mai, le malade commençait à manger; il se levait régulièrement tous les jours, mais il ne pouvait pas marcher. Le 25 mai, les douleurs reparurent avec une violence extrême dans le membre droit; le genou et l'articulation tibio-tarsienne s'enflèrent sans changement de couleur à la peau, qui était pourtant brûlante à ces endroits.

Les bains de vapeur amenèrent un soulagement assez prompt. Ce fut à cette époque que le jeune Henri commença à bégayer, à ne pas pouvoir tenir sa langue dehors, à agiter ses mains et à grimacer un peu.

Le 30 mai, le père vint nous chercher, disant que son fils avait des mouvement désordonnés dans le corps. En effet, celui-ci faisait toutes sortes de grimaces; il regardait comme hébété, et puis riait aux éclats ou même pleurait. Les bras ne cessaient de s'agiter; l'enfant les portait surtout à la tête et vers la partie postérieure du cou. Les jambes se livraient à un exercice presque aussi désordonné. Les bruits du cœur étaient réguliers, quoique fréquents; le pouls était dépressible, vif, à 90 pulsations. Le genou droit aussi était sensible à la pression, mais indolore pendant le repos; l'épaule gauche et le poignet du même côté étaient aussi pris; enfin le malade souffrait dans l'articulation gauche de la mâchoire. La face était pâle ainsi que les gencives; la langue était humide, mais elle ne sortait qu'avec peine pour rentrer immédiatement; le bégaiement était considérablement augmenté, et la réponse à mes questions souvent tout à fait impossible. J'essayai l'extrait d'opium à la dose d'un décigramme dans un julep gommeux, et je fis plier l'enfant dans un drap de fabrique sortant des mains du tisserand.

Des sueurs profuses se montrèrent, et il y eut un soulagement notable dans les douleurs. Au bout de trois jours, après avoir porté l'extrait d'opium à la dose de 15 centigrammes, le rhumatisme

sembla encore avoir cédé, mais les mouvements désordonnés persistèrent sans amendement.

Le 4 juin à midi, l'enfant fut pris d'une véritable attaque d'épilepsie, qui dura environ un quart d'heure. Ecume à la bouche, teinte légèrement bleuâtre de la face, mouvements brusques et par soubresauts dans les membres, insensibilité et perte de connaissance, rien ne manqua à cette attaque, qui fut suivie d'un coma de plusieurs heures, mais de moins en moins profond, et pendant lequel la face prit une teinte des plus pâles.

Je prescrivis alors une potion avec : eau, 100 grammes; acide arsenieux, 15 milligrammes; sirop de fleurs d'oranger, 40 grammes ; cette potion contenait douze cuillerées égales.

Le malade en prit deux le premier jour, c'est-à-dire 2 milligrammes 1/2 d'acide arsenieux; trois, le second jour, c'est-à-dire 3 milligrammes 3/4 du même remède, qui fut porté le troisième jour à quatre cuillerées ou 5 milligrammes.

L'attaque d'épilepsie se renouvela, le 5 et le 6 juin, à peu près à la même heure du jour; seulement celle du second jour fut moins violente, moins longue, et celle du troisième jour fut insignifiante. A dater de ce dernier moment, nous remarquâmes déjà une petite amélioration dans l'agitation du sujet; la langue notamment sortait plus facilement et se tenait un peu plus longtemps dehors.

Le cinquième jour, la dose de l'acide arsenieux fut portée à 6 milligrammes, en trois prises. Le malade rendit un lombric par la bouche.

Le huitième jour, l'amélioration était notable dans tous les points. Nous prescrivîmes un régime suffisamment fortifiant, et nous portâmes à 8 milligrammes par jour la dose d'acide arsenieux.

Le dixième jour, un peu de diarrhée se manifesta. Nous suspendîmes le remède, qui fut repris deux jours après, les mouvements désordonnés paraissant s'accroître. Nous recommençâmes par 3 milligrammes par jour, et nous restâmes les jours suivants à 4 milligrammes.

Le vingt-sixième jour du début du remède, fin juin, Henri articulait bien les mots, avalait les liquides avec facilité et laissait sa langue dehors, selon sa volonté. Les mouvements désordonnés avaient complétement disparu, et la marche était moins vacillante, malgré la faiblesse extrême des membres inférieurs. L'appétit était bon, la fièvre presque tombée; aucune douleur rhumatismale ne s'était fait sentir depuis bien des jours. L'air d'hébétude s'était presque effacé; pourtant il y avait encore de temps en temps des éclats de rire et des pleurs que rien n'expliquait.

Le 3 juillet, Henri voulut se faire porter à une croisée pour voir passer la procession : il faisait ce jour-là un vent humide et relativement froid. Le lendemain, le poignet gauche fut enflé, douloureux, ainsi que l'épaule du même côté. Le malade s'alite de nouveau; on le plia dans un drap, et des sueurs abondantes jugèrent cette fois encore la manifestation rhumatismale. La chorée n'éprouva aucune augmentation pendant ce temps.

La mère de l'enfant s'aperçut, vers cette époque, que les croûtes

faveuses de la tête diminuaient, s'affaissaient et perdaient de leur étendue. Nous prescrivîmes, pour aider le traitement par l'arsenic, l'huile de foie de morue, et cela à cause des antécédents scrofuleux de la famille paternelle.

Le 18 juillet, Henri S*** vint chez moi. Il marchait très-bien ; sa figure était calme ; sa langue sortait sans vacillement ; il parlait sans hésitation et tenait ses bras parfaitement immobiles. L'embonpoint commençait à revenir.

Malgré ces résultats, nous continuâmes l'acide arsenieux, à la dose de 3 milligrammes par jour, et l'usage de l'huile de foie de morue, dans l'intention tant de bien effacer toute disposition choréique que dans l'espoir de corriger plus ou moins les vices scrofuleux et teigneux.

Le 18 septembre, toute médication a été suspendue depuis longtemps ; il n'y a plus eu signe de chorée, mais quelques rares douleurs rhumatismales. La teigne n'a pas disparu davantage.

Il nous suffit actuellement de résumer les résultats que nous avons obtenus dans le cas que nous venons de rapporter.

La médication arsenicale a eu rapidement raison de la manifestation choréique ; elle a été sans action sur l'affection rhumatismale qui s'était déjà en grande partie effacée sous l'influence des divers moyens thérapeutiques prescrits avant l'administration de l'acide arsenieux.

Le rhumatisme a bien pu être ici une cause provocatrice de la chorée, mais l'efficacité du remède mentionné contre celle-ci, et son impuissance contre celui-là, démontrent clairement qu'on ne peut pas faire dépendre, d'une manière absolue, la seconde de ces affections de la première.

Le rhumatisme s'est de nouveau montré pendant la disparition graduelle de la chorée ; ses recrudescences assez vives n'ont amené aucune augmentation de la danse de Saint-Guy, qui s'efface, au contraire, chaque jour davantage, sous l'influence de l'acide arsenieux. Il n'en eût pas certainement été ainsi, si la chorée eût été le pur symptôme d'une diathèse rhumatismale.

Divers auteurs ont prétendu que l'arsenic réussissait surtout dans les chorées tenant par quelques points à un vice dartreux ou humoral. C'est dans les cas de cette sorte que le conseille M. le docteur Bourguignon. L'observation précédente vient à l'appui de ce précepte.

Les dartres ou la teigne n'ont pas plus été ici la cause efficiente de la chorée que le rhumatisme ; ces maladies peuvent pourtant avoir joué un certain rôle dans la génération de la danse de Saint-Guy. Toujours est-il que l'arsenic, en éloignant cette dernière, a eu

aussi une certaine influence sur le favus ; cette influence d'un remède interne, quoique ayant été insuffisante, a été assez marquée pour nous faire penser que la teigne n'est pas aussi indépendante d'un vice diathésique qu'on le prétend de nos jours.

Les préparations opiacées, données à doses assez élevées, ont été sans action sur la chorée, qui était pourtant encore assez évidemment liée à une disposition névropathique héréditaire. Celle-ci a été même assez puissante pour amasser, avec l'aide du trouble choréique existant, une première manifestation épileptique, L'arsenic a emporté à la fois tous ces phénomènes dès leur début, ce qui ne doit pas nous engager néanmoins à trop confondre ni mêler dans leur nature l'épilepsie et la chorée. Si ces deux affections eussent été ici livrées à elles-mêmes un certain temps, il ne nous eût pas été aussi facile plus tard de les enrayer du même coup ; on peut s'assurer, par le fait suivant, de l'inefficacité des préparations arsenicales contre l'épilepsie comprimée.

Notre réussite chez Henri S*** nous engagea à essayer l'arsenic dans un cas d'épilepsie datant de deux ans, contre lequel avaient échoué une foule de remèdes. Dans ce cas, un *aura* précédait l'attaque et partait du mollet gauche ; le malade parvenait très-souvent à arrêter toute manifestation épileptique par une compression circulaire sur le membre correspondant, au moment où l'*aura* se faisait sentir.

L'acide arsenieux fut ici administré pendant plus de deux mois ; dès le début, cette médication nous donna de l'espoir : les attaques perdirent de leur intensité, de leur durée et, dans quelques-unes, la perte de connaissance ne fut pas complète, ce qui ne s'était jamais produit auparavant. Mais bientôt tout revint au même point, et le malade, ennuyé de nos traitements, est allé ces jours-ci à Tain trouver M. de Larnage.

Le bénéfice très-incomplet obtenu chez ce sujet par l'arsenic, la guérison de la chorée par ce même moyen, nous laissent penser qu'il y a une certaine parenté entre les deux affections nerveuses dont il s'agit, mais qu'il existe aussi des différences radicales très-profondes ; chacune d'elles dérive surtout d'une modification spéciale ou spécifique du système vivant, et elles n'ont de commun qu'un élément névropathique, ou plutôt elles ne se tiennent que par leur manifestation, qui se produit dans un même ordre de fonctions vitales.

RONZIER-JOLY, D. M.,
à Clermont-l'Hérault.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale; par E. Gintrac, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Bordeaux. 2 vol. in-8, t. IV et V, de 750 et 821 pages. Paris, 1859, Germer Baillière.

M. Gintrac continue avec courage et persévérance le grand ouvrage de pathologie et de thérapie dont les trois premiers volumes ont paru il y a six ans, et dont nous nous sommes empressé de rendre compte. C'est là un noble exemple que nous serions tenté de recommander à nombre d'auteurs qui ont peut-être un peu trop tôt oublié que la publication d'une partie d'un ouvrage est une sorte d'engagement d'honneur envers le public, engagement auquel on ne doit pas plus manquer qu'on ne doit laisser protester sa signature. Nous connaissons trop M. Gintrac pour penser qu'il puisse tomber dans une pareille erreur, et c'est pour cela que nous faisons les vœux les plus sincères pour que sa carrière déjà si bien remplie lui permette de mener à fin sa vaste entreprise. Vaste entreprise, en effet, et bien de nature à effrayer un esprit moins puissant et une organisation moins vigoureuse; espèce de toile de Pénélope sur laquelle le travail d'aujourd'hui vient trop souvent détruire le travail de la veille!

Il faut cependant qu'il y ait un grand attrait dans les entreprises de ce genre, puisque de tout temps, à toutes les époques, un certain nombre d'esprits d'élite n'ont pas reculé devant les difficultés d'une pareille œuvre et que, de nos jours, dans une époque sceptique comme la nôtre, il est jusqu'à quatre ou cinq œuvres de ce genre que nous pourrions compter. Que M. Gintrac se rassure, nous ne confondons pas son livre avec la plupart des publications auxquelles nous faisons allusion; il y a dans l'œuvre de M. Gintrac quelque chose qui la distingue profondément de toutes les autres, c'est que, sans cesser d'être élémentaire, elle est cependant en même temps une œuvre digne de véritables médecins; c'est que, sans courir après des résultats inconnus ou surprenants, M. Gintrac sait toujours imprimer un cachet de distinction et souvent même d'originalité à tout ce qu'il touche. M. Gintrac nous dit qu'il n'a eu d'autre but que de mettre en saillie et de disposer en un ordre méthodique les faits puisés à toutes les sources dignes de confiance; nous lui reconnaissons une tout autre portée, et nous croyons que la lecture de son livre lui fera accorder bien plus de mérite encore que n'en réclame sa modestie.

Dans le cinquième volume, par exemple, nous trouvons une systématisation des affections cutanées chroniques diathésiques, qui, tout en étant une extension d'une classification récemment proposée, nous séduit et nous charme par sa simplicité. Aux *herpétides*, aux *syphilides*, aux *scrofulides* déjà connues, M. Gintrac vient ajouter les *cancrides* et les *arthritides*, c'est-à-dire les affections cutanées développées sous l'influence de la diathèse cancéreuse ou arthritique, et nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien il est satisfaisant pour l'esprit de pouvoir ramener ainsi à leur véritable cause des affections nombreuses sur la nature desquelles les médecins étaient si peu fixés.

Mais les deux gros volumes de M. Gintrac ne renferment pas que des classifications : ils contiennent, en effet, avec l'histoire des maladies cutanées chroniques considérées successivement au point de vue anatomique et au point de vue étiologique, depuis la verrue jusqu'à l'éléphantiasis et au bouton de Biskara, la description la plus complète et la mieux fournie, qu'on nous passe cette expression figurée, de ce groupe important de maladies connues sous le nom de *fièvres éruptives* et d'*exanthèmes aigus*. Nommer la variole, la rougeole, la scarlatine, la suette miliaire, n'est-ce pas nommer les maladies qui ont été plus particulièrement l'objet des méditations des plus grands maîtres? et quand nous aurons dit que M. Gintrac n'a pas reculé à consacrer plus de quatre cents pages à ces maladies, le lecteur aura compris que la description n'en laisse rien ou presque rien à désirer. Il y a d'ailleurs dans ces deux nouveaux volumes de l'ouvrage de M. Gintrac une innovation à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir, c'est celle qui consiste à appuyer par des observations très-courtes et très-substantielles, empruntées principalement à la pratique de l'auteur, les faits pathologiques ou thérapiques nouveaux ou contestés; autrement dit, à travers le professeur de pathologie dont le mode de procéder est éminemment dogmatique, on sent le professeur de clinique qui cherche à convaincre, à démontrer, et non pas à imposer ses opinions.

Les deux nouveaux volumes de l'ouvrage de M. Gintrac, nous sommes heureux de le dire, non-seulement ne dépareront pas l'œuvre commencée, mais contribueront certainement à donner à cette œuvre une vie nouvelle. Que M. Gintrac cependant se hâte de terminer, car la science marche sans cesse, et il peut arriver tel moment où les premiers volumes ne seraient plus ni à la même hauteur ni dans le même esprit que les derniers. Nous nous permettons cette réflexion, parce que nous pensons qu'elle a dû venir

à l'esprit du savant professeur, et nous sommes persuadé qu'il tiendra à honneur de ne pas laisser inachevée une œuvre qui doit illustrer son nom.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup de feu a bout portant. — Destruction totale du deuxième orteil droit. — Tétanos le dix-septième jour de la blessure. — Emploi du curare administré dans la période la plus aigue de la maladie. — Guérison. — Voici l'observation complète de ce fait intéressant que nous adresse M. Chassaignac, et que nous avons promis de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Le 1er septembre 1859, M. Lemercier (Louis), âgé de vingt-quatre ans, de bonne constitution, ayant le bout du canon de son fusil appuyé sur la pointe du pied, lâche la détente et reçoit toute la charge de plomb dans le deuxième orteil du pied droit. Quoique le coup eût fait balle et qu'il eût emporté la totalité du deuxième orteil très-nettement, et comme par une amputation faite sans lambeaux, la face dorsale du premier orteil a subi une abrasion longitudinale, et la base du troisième orteil présente à sa face dorsale une coupe oblique de la peau, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette dernière abrasion a été, dès le moment de la blessure, et jusqu'à l'époque de la cicatrisation, le siége d'une sensibilité très-vive.

La blessure, pansée d'abord simplement, n'a rien offert d'extraordinaire jusqu'au douzième jour de la maladie, époque à laquelle M. le docteur Tahère, médecin à Saint-Cloud, ayant été appelé près du blessé, le trouva dans d'assez bonnes conditions pour permettre qu'on le transportât de Poissy à Montmartre, où réside la famille de M. Lemercier.

Le 15 et le 16 septembre, le malade accuse quelques sensations douloureuses vers l'articulation temporo-maxillaire droite ; il se plaint aussi d'élancements très-vifs dans le pied droit.

M. Tahère prescrit des frictions avec le laudanum à la région temporo-maxillaire, et fait panser la plaie avec un mélange dans lequel entre, comme principal agent, le chloroforme.

Le 17, le trismus se déclare. La douleur et les élancements s'étendent aux muscles du col ; la déglutition devient difficile ; une roideur marquée se fait sentir dans les muscles des parois thoraciques et abdominales.

M. Tahère, habitant Saint-Cloud, et craignant, vu l'aggravation des accidents, de ne pouvoir surveiller d'assez près l'état du malade, prie la famille de lui adjoindre M. le docteur André, de Montmartre. — (Pommade au chloroforme pour frictions à la région temporo-maxillaire ainsi qu'à la région du col. Pansement de la plaie avec un mélange de chloroforme et de baume tranquille. Potion avec l'extrait thébaïque et le musc.

Dans la soirée du 17, la rigidité tétanique s'étant propagée aux

muscles de la partie postérieure du rachis, le docteur André ajoute aux prescriptions du matin la pommade suivante pour frictions sur la région du dos :

Axonge...........	60 grammes.
Laudanum........	4 —
Extrait d'aconit...	1 —

Le 18. Aucun amendement. Les douleurs tétaniques sont vives, et de plus la respiration commence à devenir difficile. MM. Tahère et André prescrivent le curare ; mais la difficulté de se procurer cette substance ne permet pas de donner suite à leur prescription.

Le 19, le trismus augmente. Des muscles du col la roideur s'est propagée à ceux du thorax ; le malade se plaint d'une constriction forte à la poitrine et d'une grande gêne à respirer. Il éprouve, mais seulement par intermittence, des élancements qui s'étendent, dit-il, de la tempe droite jusqu'à la jambe et au pied droit. Ceci se passait à dix heures. A trois heures les accidents augmentent d'intensité. Les mâchoires sont serrées au point de ne plus permettre l'introduction d'un morceau de bois de la grosseur d'une plume à écrire. Le malade crie, cherche à se relever dans son lit, dit qu'il étouffe et qu'on le laisse mourir.

A cinq heures M. Chassaignac est appelé en consultation ; voici quel est l'état du malade à son arrivée : décubitus dorsal avec courbure du tronc en avant, due à un état d'emprosthotonos ; facies tétanique au plus haut degré ; constriction des ouvertures palpébrales avec semi-occlusion des paupières ; plis verticaux inter-surciliers très-prononcés ; narines largement ouvertes ; trismus tellement intense que l'on ne peut qu'à grand'peine faire pénétrer entre les rangées dentaires un morceau de bois taillé en biseau, muni, à quelque distance de sa pointe, d'une encoche jusqu'à laquelle il est impossible d'atteindre, ce qui nécessite l'emploi de la vis conique ; déglutition difficile ; rigidité des muscles du col ; les sterno-mastoïdiens sont tendus à la manière de cordes roides ; les muscles des parois thoraciques, ainsi que ceux de l'abdomen, sont durs, et le malade, ne respirant qu'à peine, est dans un état d'asphyxie imminente, avec pâleur de la face ; il semble à tous les assistants qu'un pareil état ne pourrait se prolonger jusqu'au lendemain sans amener la mort ; il n'y a pas eu d'émission d'urine depuis vingt-quatre heures, mais la région hypogastrique conservant une sonorité parfaite, on ne pratique pas le cathétérisme.

Pouls à 70 ; impossible de compter la respiration, qui est toute diaphragmatique ; intégrité des facultés intellectuelles.

Au pied droit, plaie irrégulière à bords relevés du côté de la plante du pied, résultant de la perte du deuxième orteil, avec abrasion à la face dorsale du gros orteil, et à la base du troisième orteil ; les chairs sont violacées, la suppuration est fétide, et la plaie excessivement douloureuse.

D'accord avec mes deux collègues, qui dès la veille avaient prescrit le curare, je conseillai l'emploi des moyens suivants.

1° Julep contenant 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de véhicule.

2° Solution contenant 20 centigrammes de curare pour 200 grammes d'eau distillée.

3° Deux bouteilles de grès remplies d'eau bouillante et appliquées sur les parties latérales de la poitrine.

Les médicaments furent pris chez MM. Mialhe et Grassi, et administrés de la manière suivante :

Toutes les deux heures une grande cuillerée du julep et une application sur la plaie de la solution au moyen de charpie suffisamment imbibée.

A sept heures du soir on donna la première cuillerée et la première application de solution fut faite sur la plaie.

Vers la huitième heure de cette médication, c'est-à-dire à trois heures de la nuit, le malade dit à son frère, veillant près de lui, que le morceau de bois, placé entre les mâchoires, pénètre facilement et que la respiration se fait mieux,

Le lendemain à dix heures, MM. Tahère, André et Chassaignac constatent l'état suivant : le facies est meilleur ; la constriction des paupières a diminué ainsi que le trismus ; les rangées dentaires peuvent recevoir entre elles un morceau de bois plus volumineux que celui de la veille ; la déglutition se fait mieux ; la contracture des muscles du col a diminué ; l'oppression a disparu ; les élancements douloureux de la région temporo-maxillaire sont moins fréquents ; les urines, supprimées depuis trente-six heures, ont reparu et sont excrétées sans le secours de la sonde ; la plaie, devenue moins douloureuse, présente un commencement de teinte rosée et une fétidité sensiblement moindre.

Le 21. Le malade a dormi à plusieurs reprises. La rigidité tétanique a diminué presque sur tous les points, excepté sur les parties latérales de la poitrine et à la partie antérieure de l'abdomen ; le ventre est d'une extrême dureté ; toutefois le décubitus, qui jusque-là avait été forcément dorsal, a changé plusieurs fois, le malade ayant pu se coucher alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche.

La plaie est beaucoup moins douloureuse ; elle offre un meilleur aspect, et se couvre de bourgeons charnus de bonne nature. La potion au curare, à 10 centigrammes, est continuée. La solution pour le pansement de la plaie est portée de 20 centigrammes à 30. Chaque jour la quantité totale des deux fioles est employée intégralement.

Le 22. Même état. La respiration se fait assez bien, malgré la rigidité des muscles thoraciques et abdominaux ; le tronc ne peut être ployé, la position assise est impossible, le corps étant tout d'une pièce. Les jambes seules ont conservé quelque liberté de mouvement. Bon aspect de la plaie. Même prescription que la veille.

Le 23. Le trismus a encore diminué ; persistance de quelques plis inter-sourciliers, surtout au moment des crises douloureuses ; langue nette et humide ; pas de selles depuis une purgation qui avait eu lieu une semaine auparavant ; le malade a uriné deux fois ; des deux sterno-mastoïdiens, celui du côté droit conserve seul de la

rigidité ; la respiration a cessé d'être douloureuse. Pouls à 70. Rigidité des adducteurs de la cuisse droite. Même prescription.

Le 24. Aucun progrès depuis hier ; du reste, pas d'accidents nouveaux. Retour au décubitus dorsal non interrompu ; tension des sterno-mastoïdiens à un degré à peu près égal d'un côté et de l'autre ; sensibilité beaucoup plus vive de la plaie et des orteils. Même prescription.

Le 25 septembre. Aggravation nouvelle des accidents tétaniques. Le curare est porté à la dose de 55 centigrammes en vingt-quatre heures, 15 centigrammes dans la potion de 120 grammes, 40 centigrammes dans la lotion.

Le 26. La nuit a été mauvaise. Les contractions tétaniques ont été fortes et douloureuses ; elles ont reparu dans les sterno-mastoïdiens, dans les muscles du thorax et de l'abdomen, et dans les adducteurs fémoraux du membre blessé. Le curare est porté à 40 centigrammes en application externe et à 15 centigrammes dans la potion.

Le 26, à dix heures du matin. Pouls à 70. Disparition des plis inter-surciliers ; sterno-mastoïdiens flexibles ; mouvements de rotation de la tête plus souples qu'ils ne l'ont encore été jusqu'ici ; détente marquée des muscles de l'abdomen et des grands pectoraux ; les adducteurs de la cuisse droite n'offrent plus de rigidité. Le malade peut lever spontanément le membre blessé, ce qui n'avait pas encore eu lieu.

Le malade boit à la tasse ; jusque-là il n'avalait qu'au moyen de la cuiller ou du biberon. Lavement laxatif qui a provoqué une selle; urines faciles. Une éruption papuleuse est apparue sur la partie antérieure de la poitrine et sur les membres. Les crampes tétaniques ont complétement cessé.

Le 27. Légère recrudescence de l'état tétanique. Les sterno-mastoïdiens, ainsi que les muscles du thorax, conservent leur souplesse; mais les muscles abdominaux ont repris un peu de roideur. Pas de rigidité dans le membre blessé ; pas de difficulté respiratoire ni de dysphagie.

Il y a eu du sommeil cette nuit ; sueurs abondantes. Bouillons ; curare aux mêmes doses.

Le 28. Amélioration depuis hier. Encore un peu de trismus. Le décubitus dorsal persiste, quand le malade est abandonné à lui-même; mais moyennant un peu d'aide, il prend le décubitus latéral.

Craignant que la solution externe n'ait perdu de son efficacité par suite de la cicatrisation déjà très-avancée de la plaie, la dose du curare en potion est portée à 20 centigrammes.

Les 29 et 30. Trismus encore persistant ; un peu de roideur des sterno-mastoïdiens et des grands pectoraux. Pouls à 70; respirations, 24 ; sueurs profuses.

Les 1er et 2 octobre. Encore un peu de trismus. Plaie presque entièrement cicatrisée. Potion à 25 centigrammes. Diminution des applications externes.

Le 4. Le malade se lève ; l'appétit se rétablit. La convalescence

est franchement déclarée. C'est à peine s'il reste quelques traces du resserrement des mâchoires.

Le 7. Guérison complète.

L'espace nous manque pour présenter toutes les observations que comporte ce fait, surtout en ce qui concerne l'administration du curare ; nous aborderons dans un prochain numéro cette question importante.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abcès mammaires *chez les vierges et les nouveau-nés.* Les abcès de la mamelle, comme tout le monde le sait, sont rares en dehors de la lactation. Il peut arriver cependant par exception que chez une fille vierge les follicules sébacés de la peau du sein s'enflamment, et que, l'inflammation de ces follicules s'étendant au tissu cellulaire ambiant, il se forme un véritable abcès mammaire. M. le professeur Nélaton a eu l'occasion d'en rencontrer trois exemples dans ses salles depuis trois ans. Le dernier s'est montré récemment chez une jeune fille de quinze ans ; l'abcès avait le volume d'une noix, il a été ouvert ; du pus, mélangé de sang, s'en est écoulé ; on a pansé avec une mèche et des cataplasmes, et les suites ont été de la plus grande simplicité.

On peut rapprocher de ces abcès, ainsi que l'a fait M. Nélaton dans une de ses leçons, les affections laiteuses qui s'observent chez les nouveau-nés au moment où la desquammation de la peau s'effectue. On voit alors le sein devenir le siége d'un gonflement douloureux et d'une sécrétion dans le produit de laquelle le microscope a reconnu les éléments constitutifs du lait. Le plus ordinairement, cette singulière sécrétion ne donne lieu à aucun accident; c'est un phénomène purement physiologique. Mais quelquefois, on voit survenir chez ces petits sujets comme chez les nourrices des abcès mammaires, dont la formation s'opère par un mécanisme identique. L'obstruction des canaux galactophores amène la rétention du lait, l'inflammation par engorgement excessif et l'abcès, lequel est suivi parfois de décollements si considérables, que, dans certains cas, ces décollements ont pu entraîner la mort

M. Nélaton a cité aussi, à ce sujet, un fait dont il a été témoin récemment, et qui concerne une petite fille âgée de dix jours à l'époque où il la vit. Cette enfant présentait simultanément un écoulement vulvaire analogue à celui des règles et un gonflement mammaire très-notable, avec sécrétion de liquide lactescent. Existait-il déjà une relation sympathique entre les organes de la génération et les mamelles chez cette petite fille douée en apparence de menstrues précoces ? M. Nélaton ne l'a pas pensé, ces écoulements sanguins n'ayant rien de commun avec les règles ; et quant à l'engorgement mammaire et à la sécrétion lactée qui l'accompagne, tout le monde sait que chez les nouveau-nés, ou les rencontre indistinctement dans les deux sexes. (*Journ. de méd. pratique*, septembre 1859.)

Belladone (*Bons effets de l'extrait de*) *contre l'irritabilité de la vessie.* C'est un des faits les mieux acquis à la thérapeutique que l'efficacité de la belladone contre l'incontinence nocturne de l'urine chez les enfants. Ce n'est pas toutefois que l'administration de ce médicament soit constamment suivie de succès : on sait qu'il est des cas où l'affection se montre réfractaire à la belladone, pour céder à d'autres agents dont le mode d'action est à coup sûr différent, à l'électricité, à la noix vomique, ou simplement aux toniques, aux reconstituants. A quoi cela peut-il tenir? sans doute à ce que l'énurésie n'est pas toujours l'expression des mêmes conditions pathologiques, à ce qu'il y a, par exemple, des incontinences par atonie, des incontinences par spasme, par irritabilité, etc. Le cas suivant d'une affection désignée, par le médecin qui l'a observée et qui la rapporte, sous le nom de vessie irritable (*irritable bladder*), paraît favorable à cette façon d'envisager la question.

Que l'on compare, en effet, le même trouble dans l'état physiologique du réservoir urinaire, l'irritabilité vésicale, chez l'adulte et chez l'enfant, et l'on se rendra compte que, chaque fois que cette irritabilité sera excitée de manière à faire naître la sensation du besoin d'excrétion, cette sensation troublera facilement le sommeil léger du premier, tandis que, le sommeil profond de l'enfance résistant à cet appel, l'obstacle opposé par le sphincter sera vaincu, et à l'insu du petit malade l'urine s'écoulera dans le lit. Quoi qu'il en soit de cette explication, voici le fait intéressant de M. Behrend.

Une dame âgée de trente ans, mariée sans enfants, avait toujours eu une bonne santé, sauf quelques accidents dyspeptiques dont elle avait été guérie par l'hydrothérapie et l'exercice du cheval ; surtout elle avait toujours joui d'un excellent sommeil, lorsque, en mai 1857, sans cause appréciable, elle commença à être réveillée plusieurs fois toutes les nuits par un besoin impérieux de miction. Ce besoin se reproduisait trois ou quatre fois chaque nuit, souvent sept ou huit fois et même davantage. Le jour, il n'y avait que très-peu ou pas du tout d'irritabilité vésicale, la quantité de l'urine était ordinaire ou à peu de chose près ; mais dans la nuit, cette quantité devenait trois ou quatre fois plus considérable, et l'urine rendue était pâle, insipide, sans sucre ni albumine, ni aucun autre constituant anomal. Par l'effet combiné de la perte du repos et de ce flux exagéré, la santé générale commençait à s'altérer : amaigrissement, soif, céphalalgies, troubles gastriques ; état moral affecté, découragement, pressentiments funestes. Il y avait quinze mois que durait l'affection, lorsque la malade vint consulter M. Behrend, en août 1858. Teinture de perchlorure de fer, teinture composée de valériane, teinture de jusquiame, liqueur de potasse, acides, minéraux dilués, bains de mer, rien ne fit : au mois d'octobre suivant il n'y avait aucune amélioration. A cette époque, M. Behrend résolut d'essayer la belladone. L'extrait fut d'abord prescrit à la dose de 1/12 de grain trois fois par jour ; et l'idiosyncrasie de la malade ne s'y opposant pas, il fut immédiatement porté à 1/3 de grain trois fois par jour, soit 1 grain quotidiennement. Cette dose ayant été continuée pendant six semaines, quelques-uns des effets toxiques de la belladone commencèrent à se manifester : troubles de la vision, toutefois sans dilatation de la pupille, sécheresse et aridité de la bouche et de la gorge, quelques nausées de temps à autre ; mais déjà il y avait une notable amélioration. Comme il est reconnu que, pour obtenir la plénitude des avantages que peut donner la belladone, il faut l'administrer jusqu'à la production de tous ses effets spécifiques, la dose fut encore augmentée et mise à 1 grain 1/2 par jour, 1/2 grain le matin, 1 grain le soir : au bout de trois ou quatre jours, dilatation des pupilles, nausées, vomiturition. Dès lors la maladie se trouva domptée, la quantité de l'urine redevint normale, et la malade ne se réveillait plus qu'une fois la nuit ; la santé générale se rétablit rapidement, et depuis la guérison s'est très-bien maintenue. — On pourrait se demander, en remarquant que dans ce cas la quantité de l'urine était considérablement augmentée, si la maladie a été bien dénommée par cette expression : *irritable bladder*, adoptée par le médecin anglais, si l'irritabilité accrue avait bien son siége dans la vessie, si elle ne siégeait pas plutôt dans un autre point de l'appareil urinaire, dans les reins eux-mêmes. La question peut être posée : remarquons toutefois que le diagnostic peut trouver sa justification dans cette particularité bien connue en physiologie, à savoir que l'irritation de l'extrémité terminale d'un canal excréteur a pour effet ordinaire la surexcitation fonctionnelle de l'appareil sécréteur correspondant. (*Lancet*, juin 1859.)

Brûlures (*Bons effets des applications d'eau distillée de laurier-cerise dans le traitement des*). On ferait un gros volume des nombreux topiques qui ont été proposés pour panser les brûlures, et l'on peut dire qu'il en est un bien petit nombre qui répondent au but que leurs auteurs se sont proposé. En sera-t-il de même du traitement que vient proposer M. Franchini Eugenio? Nous avouons que ce traitement a quelque chose de très-séduisant. Quoi de plus naturel que d'employer pour le traitement des brûlures un des agents médicamenteux qui possèdent les propriétés calmantes les plus évidentes. A la vérité il s'agit de l'eau distillée de laurier-cerise, et ce seul nom pourrait effrayer quelques personnes, à l'idée de faire absorber par la plaie

une substance qui doit son activité à l'acide cyanhydrique. Rien n'est moins légitime cependant qu'une pareille appréhension, car il résulte des nombreuses expériences faites par Liebig que 1,000 parties d'eau cohobée de laurier-cerise ne contiennent que 1 partie d'acide cyanhydrique. Quoi qu'il en soit, les bons effets que M. Franchini Eugenio a obtenus de ce moyen, et sans jamais en voir résulter le moindre accident, sont bien de nature à appeler sur lui l'attention des médecins. M. Franchini n'emploie pas d'ailleurs l'eau distillée de laurier-cerise pure, mais ajoutée à la dose de 8 pour 100 à du sirop de gomme qui, à l'avantage de servir de véhicule, lui a fait joindre celui de former une espèce d'enduit à la surface des parties brûlées. Rien de plus simple que cette application : après avoir nettoyé les brûlures avec soin, après avoir évacué l'eau contenue dans les ampoules, on place sur la partie brûlée une compresse trempée dans le mélange dont il vient d'être parlé, et cette compresse est renouvelée toutes les douze heures. Il faut seulement avoir l'attention de mouiller la compresse avec de l'eau froide, quelques instants avant de la soulever, pour éviter d'enlever l'épiderme ou de déchirer les bourgeons charnus ; mais nous préférerions couvrir la brûlure avec un linge troué et cératé, et placer dessus la compresse trempée dans le mélange. Quelques observations de brûlures très-étendues, au deuxième, troisième et quatrième degré, chez des enfants, témoignent des avantages de ce moyen entre les mains de M. Franchini. Il n'en est pas moins vrai que s'il s'agissait de brûlures très-étendues et surtout au deuxième degré, nous ne serions pas absolument sans inquiétude sur les effets toxiques de l'eau distillée de laurier-cerise; mais nous le répétons, le moyen nous paraît très-bon pour les brûlures ordinaires, et nous pensons qu'il est appelé à rendre de véritables services dans la pratique. (*Gaz. med. Sarda*, septembre.)

Fièvres intermittentes. *Valeur d'un nouveau fébrifuge, le ferrocyanure de sodium et de salicine.* Il y a déjà quelque temps que MM. Duhalde et Halmagrand ont proposé contre les fièvres intermittentes un nouvel agent auquel ils ont donné le nom de ferro-cyanure de sodium et de salicine; c'est un sel très-soluble dans l'eau, d'une couleur blanc-jaunâtre, d'une saveur salée et amère peu désagréable. Si nous n'en avons pas encore parlé, c'est que nous avons dû attendre que de nouveaux faits vinssent se grouper autour de ceux rapportés par nos deux confrères. Aujourd'hui que des observations de M. Musizanno et du rédacteur de la Gazette médicale sarde semblent témoigner en sa faveur, nous croyons devoir en dire quelque chose. Les faits de M. Musizanno, sans être suffisamment nombreux, car ils ne sont qu'au nombre de 16, sont cependant assez favorables : sur 7 fièvres quotidiennes, 8 fièvres tierces, 1 fièvre quarte et 1 fièvre larvée, avec douleur névralgique de la face, une seule a résisté à cet agent, et encore était-elle accompagnée d'une affection des premières voies, puisqu'elle n'a pas tardé à se compliquer d'ictère. Parmi les fièvres tierces et quotidiennes, 5 étaient accompagnées de gastricisme; l'administration du médicament fut précédée par l'administration du tartre stibié ; mais il est à regretter que l'auteur n'ait pas attendu quelques jours pour s'assurer si ce n'était pas le vomitif qui avait guéri les accidents; dans les autres cas, un peu d'huile de ricin avait été administré. Le médicament était prescrit ensuite à la dose de 1 gramme dans 75 grammes d'eau sucrée; dans deux cas il fallut administrer une seconde dose du sel, et dans un cas une troisième dose, avant d'arriver à la guérison. MM. Duhalde et Halmagrand avaient conseillé de donner le sel à une dose plus élevée que le sulfate de quinine. On voit que cela n'a pas été nécessaire et que M. Musizanno n'a pas moins bien réussi avec une dose modérée. Rendons d'ailleurs à M. Musizanno cette justice qu'il ne croit pas que l'on ait trouvé là un remplaçant du sulfate de quinine, mais seulement un agent que son prix peu élevé, ses qualités inoffensives, puisqu'on peut l'administrer depuis 1 gramme jusqu'à 4 ou 5 grammes, sans le moindre inconvénient, dans un sirop non acide, et sans courir le moindre risque d'irriter les voies digestives, recommandent à l'attention des médecins dans les fièvres intermittentes simples, et peut-être chez les personnes dont les voies digestives sont en mauvais état. Ajoutons qu'il faut plus d'une vingtaine d'observations pour arriver à établir les propriétés fébrifuges d'un médicament quelconque, et nous attendrons, par conséquent, pour recommander celui-ci à nos confrères,

qu'il ait fait ses preuves sur une plus grande échelle et sur un plus grand théâtre. (*Gaz. med. sarda*, septembre.)

Inhalations *de vapeurs ammoniacales* (*Valeur thérapeutique des*). Il y a bien longtemps que les préparations ammoniacales ont été préconisées contre les phlegmasies chroniques des muqueuses, et en particulier de la muqueuse des voies respiratoires, avec ou sans complication de phénomènes nerveux. D'abord on a fait respirer les vapeurs qui s'échappaient d'un flacon contenant de l'ammoniaque liquide; plus tard, cette méthode a été remplacée par l'action topique de l'ammoniaque liquide porté avec un pinceau sur les parties malades. Mais ces deux modes d'administration avaient leurs inconvénients, et les malades s'y prêtant avec répugnance, on a songé à administrer le chlorhydrate d'ammoniaque à l'intérieur, et nos lecteurs savent les bons résultats qu'on en a obtenus et qu'on en obtient tous les jours. Aujourd'hui, M. Gieseler propose de revenir à l'administration des vapeurs ammoniacales, non plus des vapeurs ammoniacales pures, mais des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, obtenues en vaporisant de 6 à 12 grammes de sel ammoniac dans un creuset de Hesse, placé au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, le malade étant assis près de l'appareil, et respirant les vapeurs à une plus ou moins grande distance, on ayant l'attention de ne pas laisser dans la pièce où se font les inhalations des corps métalliques, qui seraient certainement attaqués par les vapeurs. Ces inhalations durent une heure ou deux, sont répétées tous les jours, quelquefois deux ou trois fois par jour. Le chlorhydrate d'ammoniaque doit être aussi sec que possible, pour éviter sa décomposition et la production de vapeurs irritantes. D'habitude, il n'y a de toux que dans les premières inhalations; plus tard, tout se borne à une sensation de chaleur dans les voies respiratoires. Quand les personnes sont très-irritables, on se borne à respirer l'air de la chambre sans respirer directement les vapeurs. M. Gieseler recommande ces inhalations comme résolutives, non-seulement dans le catarrhe pulmonaire, la phthisie pulmonaire, la toux férine, mais aussi dans l'ophthalmie scrofuleuse ou catarrhale, dans le catarrhe du sac lacrymal ou dans le pannus, dans le catarrhe de la trompe d'Eustache, dans le catarrhe aigu ou chronique de la vessie, dans l'inflammation de la prostate; enfin, M. Gieseler le considère comme un anticatarrhal ou un antiplastique par excellence; nous croyons cependant qu'il ne faudrait s'engager dans une pareille voie qu'avec beaucoup de prudence, vu les qualités éminemment irritantes de ces vapeurs et la présence possible des vapeurs chlorhydriques qui peuvent y être associées; ce n'en est pas moins un moyen à essayer. (*Racoglit. med.*, juillet.)

Maladies de la peau et affections utérines. *Coïncidence de ces deux ordres de maladies.* C'est un fait bien connu que l'influence exercée par les fonctions utérines sur l'état de la peau, et bien souvent on n'obtient qu'avec la plus grande difficulté la guérison de certaines maladies de la peau, ou on les voit récidiver avec la plus grande facilité, parce qu'on ne s'est pas rendu maître de l'affection utérine. M. le professeur Hebra a donc rendu un véritable service à la pratique en réunissant tous les faits de ce genre. Il appelle d'abord l'attention sur certaines altérations de la peau, sur ces taches colorées, sur ces teintes diverses que l'on remarque sur les paupières, les sourcils, les lèvres, le menton, la poitrine, les bras, la ligne blanche, soit au moment de l'établissement des règles, soit pendant la grossesse. Il signale l'urticaire comme une des complications fréquentes de la première menstruation; mais toutes ces affections cutanées se lient à des actes physiologiques, tandis que les maladies de l'utérus peuvent amener leur contingent particulier de maladies de cette espèce. M. Hebra reconnaît cependant qu'il n'y a rien de spécial dans l'espèce d'affection cutanée déterminée par la maladie utérine. Le *chloasma*, le *lentigo* s'observent cependant en général chez les femmes affectées de fibroïdes, de polypes, de déplacement de l'utérus, d'excoriations ou d'ulcérations au col de la matrice: ces colorations particulières peuvent se manifester avant tout autre symptôme distinct de maladie utérine. L'*urticaire* et l'*eczéma* se développent ordinairement chez des femmes stériles, affectées d'ovarite chronique, d'antéversion, chez des femmes qui changent leurs conditions d'existence, chez des femmes pauvrement réglées ou dysménorrhéiques. L'auteur rapporte

un cas d'eczéma do la face, d'urticaire sur les bras et sur le corps, survenus après l'introduction d'un pessaire et disparaissant avec lui. Les affections chroniques de la peau s'aggravent à chaque époque menstruelle. L'urticaire et l'eczéma ne sont pas rares pendant la grossesse, et M. Hebra cite une femme prise à chaque grossesse, au troisième mois, d'un eczéma des mains, qui ne cessait qu'après l'accouchement. Dans ce cas il y avait en outre un gonflement très-marqué de l'ovaire gauche; d'autres fois, certaines maladies de la peau disparaissent pendant la grossesse pour reparaître ensuite après l'accouchement et au retour des règles, tantôt avec les mêmes symptômes, tantôt sous une autre forme; ainsi de l'érythème, de la roséole et d'autres affections qui passent au caractère exsudatif. La lymphangite, l'érysipèle, l'acné, le furoncle apparaissent et disparaissent synchroniquement avec les maladies de l'utérus et de l'ovaire. L'alopécie coïncide souvent avec l'aménorrhée chez des jeunes filles chlorotiques ou leucophlegmatiques. Sur 24 femmes ainsi affectées d'alopécie, M. Hebra en a trouvé 22 qui avaient souffert de dysménorrhée et 2 stériles. Il s'est assuré que la meilleure manière de prévenir cette maladie chez les jeunes filles chlorotiques et mal réglées, c'est de travailler à l'amélioration du fluide circulatoire. Chez une femme de 26 ans, mariée depuis sept années sans avoir d'enfants et dysménorrhéique, en même temps qu'affectée d'alopécie, maladie de la peau et dysménorrhée ont guéri par le fait d'une grossesse. (*Racoglit. med.*, juillet.)

Polypes fibreux de l'utérus. *Moyen simple de pratiquer la ligature.* Pour pratiquer la ligature des corps fibreux de l'utérus, il est toujours nécessaire de disposer d'un certain appareil instrumental. Ainsi il faut être muni d'un ou plusieurs porte-fils, d'une canule spéciale, d'un serre-nœud. Or, tous les praticiens ne possèdent pas ces divers instruments, qui sont loin d'être dans la pratique d'un usage journalier. Telle était précisément la position dans laquelle se trouvait M. le docteur Hamon (de Fresnay). Voici, en présence de cette difficulté, le moyen simple qu'il a imaginé pour y suppléer. — Ayant été consulté par une femme que des pertes utérines répétées depuis trois ans avaient réduite au dernier état d'anémie, et qui portait une tumeur consistante du volume du poing d'un enfant de cinq à six ans, entièrement sortie du col de l'utérus, M. Hamon jugea urgent de procéder à l'ablation; mais, ainsi que nous venons de le dire, il n'avait à sa disposition aucun des instruments usités en pareil cas. Il fit pratiquer à une sonde de femme en argent, tout près de son bec et en un point correspondant à la concavité de l'algalie, un œil supplémentaire. Il choisit un fil de fer recuit, assez fin, long de 60 centimètres environ. Sur l'une de ses extrémités, il pratiqua, de 8 en 8 millimètres à peu près, une quinzaine de nœuds simples. Cela fait, il introduisit ce lien dans la sonde, en engageant successivement dans l'œil supplémentaire chacun de ses deux chefs. L'anse qui en résultait devait constituer le lien constricteur. Enfin le fil simple, lorsque l'appareil est appliqué, doit être solidement attaché à l'anneau de la sonde, et ne peut plus être dérangé. Toute la constriction doit être effectuée sur l'autre extrémité du lien, pourvue de la série de nœuds signalée plus haut. — La tumeur une fois bien saisie par le lien constricteur, on fait en sorte, en tirant sur l'extrémité simple, de faire remonter les nœuds de l'extrémité dans l'algalie, de telle sorte qu'il devienne possible d'opérer, à l'aide d'un nombre suffisant de ceux-ci, une constriction aussi étendue que possible. Le polype étant étranglé convenablement dans l'anse métallique par la traction opérée sur l'extrémité simple, celle-ci solidement nouée à l'anneau, il ne reste plus qu'à s'opposer au retrait du fil. Or, l'extrémité noueuse pourrait seule remonter dans la sonde et faire cesser la constriction ; rien de plus simple que de s'y opposer. Une cheville en bois, du diamètre du pavillon de la sonde, engagée dans cette dernière, suffit pour empêcher le dernier nœud de remonter.

Il est aisé de comprendre le mécanisme de ce petit instrument. Pour étrangler le polype, il suffit de tirer sur l'extrémité noueuse autant qu'il est nécessaire. Le lien resserré, on place aussitôt la cheville, et l'on peut aisément s'assurer, en comptant le nombre des nœuds sortis de l'algalie, du degré de constriction produit, et apprécier par là même approximativement, les progrès de la section du collet fibreux. Voici comment M. Hamon a procédé chez la malade à l'application de la ligature.

Saisissant le corps fibreux à l'aide d'une pince de Museux, il s'est efforcé de l'abaisser autant que possible, pour rendre la manœuvre plus facile ; il ne put toutefois lui faire franchir que très-incomplétement l'orifice vulvaire. Confiant l'instrument à un aide, il a fait pénétrer la sonde armée de son fil constricteur jusqu'au collet du corps fibreux, en ayant le soin de donner à l'anse une étendue assez considérable pour que sa portion moyenne dépassât le conduit vulvaire. Faisant tenir la sonde par un aide intelligent, il opéra lui-même une traction ménagée sur les deux chefs du lien, de manière à réduire graduellement les dimensions de son anse, qu'il lui fut aisé de conduire, portée dans la rainure de l'ongle de l'index droit, jusque sur le collet de la tumeur. Celui-ci bien saisi, il rassembla les deux chefs de la ligature, fit remonter dans la canule l'extrémité du fil marquée par les nœuds, et fixa l'autre chef solidement à l'anneau de l'algalie ; opérant enfin une constriction assez énergique sur celui qui était demeuré libre, il assura la ligature à l'aide de la cheville, qui empêchait le dernier nœud de remonter. Cela fait, il s'assura que le lien était bien posé, que sa solidité était parfaite. Il détacha alors la pince de Museux, et l'utérus, en remontant aussitôt, entraîna avec lui le polype fibreux dans la cavité pelvienne. Le lendemain il serra d'un nœud. Le quatrième jour, ayant pris l'alarme, à cause d'une légère sensibilité à l'hypogastre, il se décida à terminer l'ablation complète de la tumeur d'un coup de ciseaux. L'examen de cette tumeur témoigna du succès, qui ne devait pas tarder à couronner sa tentative, s'il avait persisté dans sa première résolution. (*Gaz. des hôpit.*, septembre 1859.)

Pustules malignes *guéries au moyen de l'emplâtre de poix de Bourgogne.* Nos lecteurs n'ont pas oublié les faits de M. Caïlassi et ceux que notre collaborateur, M. Aran, ont publiés pour montrer l'efficacité de l'encens dans le traitement de la pustule maligne. Ces faits ont été reproduits depuis par d'autres praticiens. Cependant, M. le docteur Jacquinot, médecin des usines d'Imphy dans la Nièvre, n'avait aucune connaissance de ces faits lorsqu'il a eu l'occasion, il y a quelques années, dit-il, de traiter deux cas de pustule maligne par un moyen analogue avec un succès complet : ce moyen est la poix de Bourgogne ou poix blanche. Voici ces deux faits :

Au mois de juillet 1853, un boucher du village d'Imphy, homme robuste, âgé d'environ trente ans, se présenta à la consultation de M. Jacquinot, portant à la partie externe et moyenne de chaque avant-bras une pustule charbonneuse. A l'avant-bras gauche la pustule avait déjà atteint un diamètre de 3 centimètres environ ; elle était d'une couleur brune violacée surmontée et entourée de petites phlyctènes remplies de sérosité. Déjà le bras, jusqu'à l'aisselle, était rouge et tuméfié ; l'avant-bras droit, au contraire, ne présentait qu'une pustule d'un centimètre au plus de diamètre ; la rougeur et le gonflement du membre étaient modérés. L'apparition de cette dernière était récente ; l'autre, au contraire, datait de deux ou trois jours. Comme le cas était fort simple, et qu'il était facile de pratiquer la cautérisation, si le mal paraissait faire des progrès, M. Jacquinot résolut d'expérimenter le remède qu'il avait entendu vanter. L'épiderme qui recouvrait les pustules fut excisé et en partie enlevé, la sérosité absorbée, et un petit emplâtre de poix de Bourgogne placé sur chaque pustule.

Ce pansement avait eu lieu le matin ; le soir, on constata que le mal n'avait fait aucun progrès ; le surlendemain matin, l'enflure et la rougeur des bras étaient en grande partie dissipées ; la pustule était affaissée, limitée ; toute trace d'une inflammation avait disparu. Les jours suivants, les progrès en mieux furent des plus rapides, les escarres se détachèrent rapidement et se changèrent en plaies simples, qui guérirent en peu de jours.

Encouragé par ce premier succès, M. Jacquinot se promit de renouveler l'épreuve à la première occasion. Cette occasion se fit attendre plusieurs années. Ce ne fut qu'au mois de septembre 1856 qu'il fut appelé auprès d'une femme qui avait aidé à dépouiller un bœuf mort d'une affection charbonneuse, et qui avait contracté dans cette opération une pustule maligne à la joue. L'emplâtre de poix de Bourgogne fut immédiatement appliqué : c'était le soir ; le lendemain matin, tous les symptômes étaient très-améliorés. Les jours suivants, la position de la malade était tellement satisfaisante que M. Jacquinot ne jugea pas à propos de faire renouveler ses visites. Quelques jours après, cette femme était complétement guérie.

M. Jacquinot engage les praticiens

qui voudraient expérimenter la poix de Bourgogne à employer la résine pure; on pourrait encore, en raison de sa friabilité, l'employer en poudre; sous quelque forme qu'on en fasse usage, l'application doit en être renouvelée matin et soir. Quant aux soins généraux, M. Jacquinot s'est borné, dans ces deux cas, à mettre les malades à la diète lactée. (*Abeille médic.*, septembre 1859.)

Sécrétion lactée *pouvant induire en erreur comme signe présomptif de la grossesse.* Une femme, âgée de quarante-cinq ans, mariée depuis deux ans et demi, éprouva, dans les premiers temps de son mariage, les symptômes ordinaires de la grossesse, moins la suppression des menstrues. A mi-terme environ de cette grossesse présumée, elle crut ressentir les mouvements du fœtus; puis arriva l'époque où l'accouchement aurait dû se faire; le ventre était alors modérément distendu, et les seins sensiblement gonflés fournissaient déjà une provision de lait de bonne augure. Ce gonflement anomal des mamelles, s'accompagnant de sécrétion lactée non équivoque, était même le seul signe présomptif d'un accouchement prochain, car aucune douleur, aucune contraction utérine ne s'étaient encore fait sentir. Seulement, un mouvement oscillatoire, s'effectuant de bas en haut, de la région sus-pubienne à la région diaphragmatique, et se renouvelant de cinq en cinq minutes, simulait jusqu'à un certain point les premières douleurs et semblait justifier les préparatifs faits pour la réception d'un enfant. Cette attente fut déçue. Cette femme étant allée consulter M. le docteur Faivre d'Esnaux, qui rapporte ce fait, celui-ci, après l'avoir examinée, acquit la conviction que l'utérus était vide. Depuis deux ans que ceci s'est passé, rien n'a changé dans cet état singulier, rapporte M. Faivre; le ventre est toujours distendu; le mouvement hystérique, remontant du bas-ventre au diaphragme, se continue aux mêmes intervalles; les seins sont constamment gonflés et donnent issue à un abondant écoulement de lait. Toutes les autres fonctions s'accomplissent d'ailleurs avec régularité. (*Journ. de méd. pratiq.*, septembre 1859.)

Transpiration *anomale des pieds; moyen de la combattre sans danger.* La transpiration des pieds, comme celle des autres parties du corps, est une fonction physiologique qu'il faut respecter. Cependant ce respect doit aussi avoir ses limites; et quand cette transpiration, en excès, va jusqu'à produire, comme on le voit chez quelques sujets, l'usure de la peau entre les orteils, d'où une exsudation d'une odeur infecte et quelquefois même des ulcérations qui rendent la locomotion très-pénible, sinon impossible, et qui forcent les sujets quelquefois à interrompre l'exercice de leur profession, il est évident que le praticien ne doit plus rester inactif en présence d'une pareille infirmité. Voici le moyen que M. Auguste Gaffard, pharmacien à Aurillac, dit avoir employé dans ce cas avec la plus grande efficacité. Il consiste à faire pénétrer entre les orteils quelques gouttes du liquide dont suit la formule :

Pr. Oxyde rouge de plomb. 1 gramme.
Sous-acétate de plomb
liquide du codex.... 29 —

Broyez le sesquioxyde de plomb dans un mortier de porcelaine, pour le bien diviser; ajoutez peu à peu le sous-acétate, et réunissez dans un flacon, que l'on aura soin d'agiter à chaque prise du topique.

Cette application, faite tous les huit jours, est suffisante dans la plupart des cas, suivant M. Gaffard, pour guérir l'affection et en prévenir le retour. Ce liquide, sans arrêter complètement la transpiration qui se produit aux orteils et sur les surfaces qui sont en contact, en modère subitement la production, la régularise et fait cesser les désordres qui en sont le résultat. Dès son application, la transpiration devient inodore, la peau reprend son épaisseur primitive, sans cesser d'être souple, tout rentre, en un mot, dans les conditions normales de santé et de propreté. (*Répertoire de Pharmacie*, août 1859.)

VARIÉTÉS.

La Société de chirurgie vient enfin de voir réaliser un de ses vœux les plus ardents et en même temps les mieux justifiés. Par décret impérial, cette Société a été reconnue comme établissement d'utilité publique, avec tous les privi-léges, droits et prérogatives, tels que celui de recevoir des legs et donations, etc., etc. MM. Conneau et Larrey, qui ont puissamment contribué au succès de cette œuvre, rendue difficile par le mauvais vouloir de quelques hommes haut placés, ont reçu les remercîments sincères de la Société.

Les juges pour le concours de l'internat sont : MM. Guérard, Legroux, Marotte, Danyau, Depaul, titulaires ; Sée et Giraldès, suppléants.

M. Grassi, ancien pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur : « plus de dix-huit ans de services dans l'administration de l'Assistance publique ; concours dévoué pour l'organisation des asiles impériaux de Vincennes et du Vésinet, » dit le *Moniteur*.

M. Sénard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine, est autorisé à porter les insignes de commandeur de l'ordre royal d'Isabelle la Catholique d'Espagne.

C'est M. le professeur Wurtz qui doit prononcer le discours de rentrée de la Faculté de médecine. L'honorable professeur, à qui nous souhaitons le même succès qu'obtint M. Grisolle l'an dernier, prononcera l'éloge de Soubeiran.

Un concours a été ouvert le 6 du mois dernier pour un nombre indéterminé de places d'élèves à l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg. Ce concours était présidé par MM. Michel Lévy, directeur du Val-de-Grâce ; Lustremann et Laveran, professeurs à la même Ecole. Quarante et un élèves de la Faculté de Strasbourg étaient inscrits, trente-quatre ont été déclarés admissibles. Le résultat définitif du concours sera connu seulement après la clôture des concours qui auront lieu dans les autres centres d'examens.

MM. Lefebvre et Bessière, médecins-majors, et M. Léon, chirurgien de la marine, détaché dans les mers de l'Indo-Chine, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Le charlatanisme déborde d'une manière tellement scandaleuse en Portugal, que les journaux périodiques ont pris le parti d'adresser, au nom des médecins, une plainte au gouvernement, en lui demandant d'appliquer les lois en vigueur sur l'exercice illégal de la médecine. Ce bon exemple ne sera pas suivi en France, et le moment est encore loin de nous où nous aurons à remercier les grands journaux d'une semblable initiative.

On écrit de Saint-Pétersbourg qu'un des médecins de l'empereur, sir James Wylie, a affecté dans son testament une somme considérable à la fondation d'une clinique auprès de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. Les exécuteurs testamentaires viennent d'ouvrir un concours pour les places de cet établissement. Des sommes de 3,000, 1,500 et 1,000 roubles sont attribuées aux trois plans qui seront jugés les meilleurs.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la médication saturnine dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Par M. le docteur JULES LECOQ, chirurgien de première classe de la marine.

Au mois de mai de cette année, M. Beau, dans une leçon clinique faite à l'hôpital de la Charité, est venu faire connaître le résultat des expériences thérapeutiques qu'il avait entreprises sur l'emploi des préparations saturnines, et surtout de la céruse, dans le traitement de la phthisie. Le savant médecin de la Charité expliquait qu'il avait été conduit à employer le sous-carbonate de plomb contre la tuberculisation pulmonaire, après avoir remarqué qu'il existait une sorte d'antagonisme entre la cachexie saturnine et la phthisie, à tel point qu'il était exceptionnel de rencontrer des phthisiques parmi les ouvriers que leur profession oblige à manier le plomb. C'est toujours une bonne fortune quand un homme de la valeur de M. Beau veut bien nous initier aux résultats heureux de sa pratique; aussi est-ce plein de confiance dans les paroles du maître, que je me suis hâté de faire jouir les tuberculeux que j'avais dans mon service, à l'hôpital maritime de Cherbourg, du bénéfice de la nouvelle médication. Quoique les faits apportés par M. Beau à l'appui de son traitement par le plomb fussent encore peu nombreux, ils paraissaient inspirer à l'auteur une telle confiance, que je devais me laisser encourager par eux; je n'avais pas le temps d'attendre, car chez mes malades la tuberculisation faisait des progrès rapides et m'imposait l'obligation d'agir promptement, si je ne voulais pas enlever à ces malheureux phthisiques cette dernière chance d'amélioration. Dix malades, tous atteints de tubercules bien caractérisés, comme le montreront mes observations, ont été soumis au traitement par le plomb, mais quoiqu'il m'eût été agréable d'avoir à publier des succès aussi remarquables que ceux annoncés par le savant médecin de la Charité, je suis forcé de reconnaître que les résultats que j'ai obtenus sont bien loin d'être encourageants, et je crains que la médication saturnine ne tienne pas toujours ce qu'elle semblait promettre.

Mes expériences ont commencé le 23 avril : dix malades, dans l'espace de trois mois, ont été traités par les préparations saturnines; autant que possible, je me suis toujours placé dans les conditions indiquées par M. Beau. J'ai fait préparer des pilules de 10 centigrammes de sous-carbonate de plomb, une ou deux pilules étaient

données les premiers jours, et j'ai progressivement augmenté la dose, jusqu'à la manifestation de quelques-uns des symptômes qui indiquent un commencement d'imprégnation saturnine, résultat qu'il faut tâcher d'atteindre, si l'on veut procurer aux malades les avantages de cet antagonisme qui existerait entre l'intoxication plombique et la tuberculisation des poumons. Tout autre traitement un peu actif a été suspendu, mais cependant nous n'avons pas cru devoir renoncer à l'usage des préparations d'opium et de quinquina auxquelles nos phthisiques étaient soumis depuis déjà longtemps, et qui ne pouvaient en rien nuire aux succès de la nouvelle médication. Neuf de nos malades ont été traités par la céruse ; le dixième a été soumis par comparaison à l'action de l'acétate de plomb cristallisé.

Je me suis fait un devoir de donner avec quelques détails les observations qu'on va lire, parce que, me trouvant en opposition avec M. Beau pour les résultats obtenus, j'ai désiré que chacun pût apprécier la valeur des faits qui font la base de ce travail ; j'ai voulu qu'on pût voir la maladie comme je l'ai vue moi-même, suivre la marche des principaux symptômes qu'on se proposait de combattre et constater en dernier résultat l'impuissance du nouveau traitement présenté aux malades et aux médecins avec des promesses si séduisantes. J'aurais été heureux de venir ajouter de nouveaux succès à ceux annoncés par le savant médecin de la Charité ; mais la vérité d'abord, quoiqu'avec elle doive disparaître peut-être une dernière espérance.

Obs. I. Stéphan (Joseph), âgé de vingt-cinq ans, caporal d'artillerie de marine, est entré à l'hôpital maritime de Cherbourg le 2 avril 1859, pour une affection chronique des voies respiratoires. La constitution de ce militaire est déjà appauvrie ; il y a de l'amaigrissement ; ses antécédents sont mauvais ; déjà au mois de juin de l'année dernière, il était condamné à entrer à l'hôpital pour la même affection ; depuis trois ans il existe une toux habituelle, avec expectoration abondante, et de fréquentes hémoptysies. Dès son entrée à l'hôpital, il avait été soumis au traitement rationnel de la tuberculisation pulmonaire : régime tonique, préparation de lichen, huile de foie de morue, potions opiacées, etc., etc., sans aucune amélioration. Le traitement par le sous-carbonate de plomb a été commencé le 23 mai ; à cette époque, voici quel était l'état du malade : amaigrissement notable, anémie prononcée ; faiblesse générale, cependant le malade se lève tous les jours et se promène dans la cour ; ongles hippocratiques ; toux habituelle, avec redoublement marqué tous les matins au réveil ; expectoration remarquable par son abondance, crachats muco-purulents, largement mêlés de sang depuis plusieurs jours ; vomissements fréquents déterminés par les

efforts de toux; très-peu de sueurs nocturnes; pas de trouble du côté des voies digestives, si ce n'est un peu de lenteur des digestions; à l'auscultation nous trouvons un bruit d'expiration prolongée dans le tiers supérieur des deux poumons, avec un mélange d'affaiblissement et de rudesse du bruit respiratoire; râle sous-crépitant sous la clavicule du côté droit; un peu de matité en arrière, diminution des vibrations thoraciques. La nature de l'affection ne laissait, dans ce cas, aucun doute dans notre esprit; les signes rationnels et physiques se réunissaient pour nous indiquer que nous avions bien affaire à une phthisie pulmonaire en voie de ramollissement; la maladie n'était pas encore très-avancée, et ce malade se trouvait certainement dans de bonnes conditions pour être soumis au traitement sur lequel, d'après M. Beau, nous devions baser de si consolantes espérances. Le 23 juin, je prescrivis 20 centigrammes de sous-carbonate de plomb en deux pilules, une le matin, l'autre le soir; le traitement tonique habituel fut continué, comme précédemment, moins l'huile de foie de morue que je dus supprimer pour dégager la nouvelle médication de tout ce qui aurait pu réclamer une part active dans les résultats heureux sur lesquels je comptais.

Le 27, la dose de sous-carbonate de plomb fut portée à 30 centigrammes par jour; la toux et l'expectoration étaient les mêmes, les crachats toujours fortement mêlés de sang. Le 30, le malade prend 40 centigrammes de céruse: l'hémoptysie s'arrête après avoir duré plus de huit jours, et malgré l'usage du sel de plomb. Tous les deux ou trois jours nous augmentons le nombre des pilules, et nous arrivons à la dose de 80 centigrammes par jour, quantité que tout d'abord nous n'avons pas voulu dépasser, à l'imitation de M. Beau. Pendant tout le temps qu'a duré le traitement, nous avons noté du côté des voies respiratoires des alternatives de diminution et d'augmentation de la toux et de l'expectoration, sans qu'il fût possible de voir dans ces oscillations rien que ce qui se passe habituellement chez les phthisiques. Du côté des voies digestives, le plomb a déterminé un peu d'anorexie, et une lenteur très-marquée des digestions; il y a eu parfois des coliques siégeant autour de l'ombilic, mais elles ont toujours été passagères, cédant à quelques lavements simples; pas de constipation; le malade avait tous les jours deux ou trois selles fortement colorées en noir; nous sommes arrivé à la dose de 80 centigrammes par jour, sans avoir vu apparaître le liséré gingival, premier symptôme de l'imprégnation saturnine; pas d'analgésie, pas de douleurs articulaires.

Enfin, comme résultat ultime, nous trouvons que chez le nommé Stéphan, après trente-quatre jours de traitement, la toux est peut-être un peu moins fréquente; l'expectoration est aussi diminuée; les crachats ne sont plus tachés de sang, mais ils sont toujours muco-purulents; l'affaiblissement et l'anémie ont fait des progrès sensibles. Sous le rapport des signes physiques de tuberculisation notés plus haut, le malade n'a rien gagné; ausculté avant sa sortie de l'hôpital, qu'il quittait pour aller dans sa famille en congé de convalescence, nous trouvons la même expiration prolongée, la

même rudesse du bruit respiratoire, le même râle bullaire sous la clavicule; rien certainement n'indique que la marche de la tuberculisation ait subi un mouvement d'arrêt, et l'état général était peut-être moins satisfaisant, grâce aux troubles digestifs qu'entraînait l'ingestion d'une quantité assez élevée de sous-carbonate de plomb.

Dans cette observation, est-il permis d'admettre que les principaux symptômes : hémoptysie, toux, expectoration, auxquels s'adressait plus particulièrement le plomb, aient été bien réellement modifiés par cette substance? Personne n'oserait l'admettre ; nous voyons, en effet, l'hémoptysie persister pendant huit jours entiers, et ne pas s'arrêter plus vite que lorsqu'on dirige contre elle un astringent quelconque. L'expectoration, avons-nous dit, était un peu moins abondante à la fin du traitement, mais elle conserve toujours son caractère de purulence, et cette diminution que nous constatons ici, nous la rencontrons souvent chez les phthisiques, sans qu'il soit possible de décider pourquoi ces variations se produisent dans l'état d'un malade ; tout le monde connaît ces poussées qui se font de loin en loin, suivies plus tard d'un peu plus de calme; mais ce n'est pas seulement cette mince amélioration que le plomb nous a promise, et nous ne devons pas nous contenter d'un résultat que nous obtenons avec toute autre médication et souvent même par les seuls effets de la nature. Nous serons surtout autorisé à ne pas attribuer au plomb la légère amélioration que nous avons constatée chez ce malade, dans les derniers jours du traitement, quand nous aurons analysé nos autres observations dans lesquelles le plomb a été d'une inefficacité aussi complète et aussi évidente que possible.

Obs. II. Leroux (Jean), matelot, est âgé de vingt-cinq ans; nous recueillons sur ce malade les renseignements suivants : à l'âge de douze ans, fièvre typhoïde grave, suivie d'ascite, ayant duré six semaines ; à vingt et un ans, fluxion de poitrine guérie après quarante jours d'hôpital ; depuis cette époque, toux habituelle, hémoptysies fréquentes, mais peu abondantes ; sueurs nocturnes, surtout depuis six mois ; douleurs vagues continuelles dans la poitrine, amaigrissement ; le malade est venu plusieurs fois à l'hôpital de Cherbourg pour la même affection ; il y est entré pour la troisième fois le 24 mai de cette année ; pendant quelques jours, je le soumets à un traitement simple avant de commencer la médication saturnine. A ce moment, nous constations une toux fréquente avec expectoration très-abondante de crachats muco-purulents, renfermant parfois quelques traces de sang; les sueurs nocturnes sont habituelles, les vomissements fréquents ; douleur au larynx avec un peu de raucité de la voix ; léger mouvement fébrile avec exaspération tous les soirs; matité à la partie supérieure de la poitrine,

rudesse très-marquée du bruit respiratoire, craquements dans les fosses sous-épineuses et sous les clavicules ; l'état général est mauvais ; la face est pâle, terreuse ; l'amaigrissement très-sensible ; les fonctions digestives se font mal ; souffle anémique dans les carotides ; découragement.

Le traitement par la céruse est commencé le 30 mai, par l'administration de deux pilules de 10 centigrammes chacune ; nous arrivons assez rapidement aux doses de 80 à 90 centigrammes, voire même 1 gramme par jour, dose maximum à laquelle nous avons maintenu le malade pendant plusieurs jours ; le 17 juillet, le traitement était suspendu et le malade envoyé dans sa famille en convalescence, dans un état tout à fait désespéré.

Pendant le traitement, qui a duré cinquante jours, nous n'avons obtenu aucune modification, ni dans la toux, ni dans l'expectoration, qui a toujours conservé ses mêmes caractères, sa même abondance ; les sueurs n'ont pas été diminuées, le sang n'a pas cessé de se montrer dans les crachats ; le trente-sixième jour du traitement, le liséré de Burton a commencé à se montrer : faiblement dessiné d'abord, il était fortement accusé au bout de quelques jours ; pas de coliques ; deux ou trois selles par jour ; jamais de constipation ; le malade s'est plaint de quelques douleurs articulaires, mais toujours passagères, et que nous sommes bien plus disposé à attribuer à la maladie elle-même, qu'au traitement employé : je n'ai pas besoin d'ajouter que les signes stéthoscopiques étaient bien plutôt aggravés qu'améliorés ; pendant tout ce temps, l'état général est devenu très-mauvais ; le malade pouvait à peine quitter son lit ; il s'est traîné dans sa famille où il n'aura pas tardé à succomber.

Dans ce cas, un commencement d'imprégnation saturnine a été obtenu, comme l'indique le liséré gingival fortement prononcé que nous avons noté, et malgré cela aucun des principaux symptômes n'a été entravé dans sa marche constamment progressive. Ces débuts étaient loin de m'encourager ; mais puisque d'autres avant moi avaient obtenu des résultats heureux, j'étais autorisé à continuer mes expériences, et c'est ce que je fis, en soumettant d'autres malades à la médication saturnine.

La troisième observation ressemble sous beaucoup de rapports à la précédente, de laquelle je la rapproche avec intention ; aussi n'insisterai-je que sur les points les plus importants.

Obs. III. Lesueur (Jules), âgé de vingt-quatre ans, apprenti marin, a eu, il y a deux ans, une pleurésie avec épanchement : depuis cette époque, il a craché le sang à différentes reprises ; il tousse habituellement ; l'amaigrissement est prononcé ; le 2 mai, il entre à l'hôpital pour une affection chronique des voies respiratoires : il existait alors un mouvement fébrile continuel, dû à un travail de ramollissement et qui tout d'abord a été combattu par la potion émétisée. Enfin, le 11 juin, la fièvre avait disparu presque com-

plétement, et nous pouvions commencer la médication saturnine. Voici quel était alors l'état du malade : toux très-fréquente, expectoration abondante, crachats muco-purulents avec stries sanguines ; sueurs nocturnes ; rudesse et affaiblissement du bruit respiratoire au sommet des deux poumons ; râle sous-crépitant à la fin de l'inspiration, largement répandu dans une grande étendue ; vomissements, selles diarrhéiques habituelles. La dose du sous-carbonate de plomb a été portée jusqu'à 1gr,30 par jour : à la dose de 1 gramme le liséré a commencé à paraître ; l'expectoration était peut-être alors moins abondante, mais elle n'avait rien perdu de ses mauvais caractères ; un peu plus tard, quelques douleurs ont été accusées dans les articulations des genoux ; la face avait ce cachet particulier qui indique un commencement de saturation plombique, et, malgré cela, la maladie a continué sa marche habituelle, sans aucun arrêt, sans amélioration appréciable : le traitement a été continué pendant trente-huit jours, et n'a été suspendu que par l'état désespéré du malade qui était lui-même fatigué d'un traitement qui ne lui procurait aucun soulagement.

Obs. IV. Beauquenne (Jean), vingt-trois ans, soldat au 42e de ligne, est entré à l'hôpital de la marine le 2 février, avec tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire très-avancée : hémoptysies fréquentes, expectoration purulente, toux, sueurs nocturnes, fièvre de ramollissement, râle sous-crépitant dans toute l'étendue des deux poumons, râles caverneux au sommet du poumon gauche ; le mouvement fébrile a été combattu et modifié assez heureusement par la potion rasorienne. Le traitement par le sous-carbonate de plomb a commencé le 6 juin ; le 16 du même mois, le malade en prenait 50 centigrammes par jour, sans éprouver aucune amélioration dans la marche des principaux symptômes ; l'affection faisait des progrès rapides, les crachats étaient abondamment mélangés de sang ; les sueurs, cependant, étaient un peu moins profuses ; digestion pénible ; pas d'appétit ; trois selles diarrhéiques par jour ; amaigrissement rapide. Le 25 juin, la dose de sous-carbonate de plomb ingérée s'élevait à 1 gramme ; il y avait eu des alternatives de hausse et de baisse dans la quantité de l'expectoration, mais les crachats conservaient toujours leurs mêmes caractères. Le malade a pris au maximum 1gr,20 de céruse par vingt-quatre heures, cette dose n'a pas été dépassée ; elle a donné lieu à quelques coliques sans constipation, à des douleurs articulaires et au liséré de Burton qui, sans être bien accentué, a cependant existé. Le 15 juillet, la difficulté des digestions et une aggravation prononcée de l'état général du malade nous ont mis dans la nécessité de suspendre le traitement. Le jeune Beauquenne succombait le 20 juillet, sans que nous eussions pu enrayer un seul jour la marche de la maladie par le nouveau traitement dirigé contre elle.

A l'autopsie, nous avons trouvé les poumons farcis de tubercules miliaires, dont la plus grande partie à l'état de ramollissement ; une caverne, de la dimension d'une petite noix, existait au sommet du poumon gauche.

On pourra peut-être m'objecter que, dans ce cas, la maladie était beaucoup trop avancée pour qu'aucun traitement pût jamais en triompher ; je suis le premier à le reconnaître ; mais n'oublions pas que le plomb nous est annoncé comme diminuant la suppuration des poumons, et par conséquent la toux, puis l'hémorrhagie qui hâte si rapidement le dénoûment fatal ; nous pouvions donc encore espérer de prolonger la vie de notre malade, mais, nous l'avons vu, le poumon a continué à suppurer comme par le passé, et la mort n'a pu être retardée, quoique la médication saturnine eût été poussée avec activité.

Obs. V. David (Henri), âgé de vingt-deux ans, soldat d'infanterie de marine ; mauvaise santé habituelle ; nombreux séjours à l'hôpital, toujours pour des affections de la poitrine ; fréquentes hémoptysies, amaigrissement ; ce malade a été traité antérieurement par la potion émétisée, et ensuite par l'huile de foie de morue, les préparations opiacées, etc., etc. La médication saturnine est commencée le 16 juin ; voici quels étaient alors les principaux symptômes : toux très-fréquente ; expectoration muco-purulente, crachats fortement striés de sang, sueurs nocturnes très-abondantes, surtout depuis deux mois ; diminution du bruit respiratoire, et expiration prolongée des deux côtés ; pectoriloquie ; râle sous-crépitant au sommet des deux poumons, en arrière ; râles bullaires sous la clavicule gauche ; le plomb a été progressivement élevé à la dose de 1gr,20 par jour. A la dose de 1 gramme, l'imprégnation était évidente ; liséré gingival prononcé ; douleurs abdominales ; teinte cachectique de la face ; le 17 août, le malade est sorti de l'hôpital pour aller en congé de convalescence ; la toux et l'expectoration existaient au même degré qu'avant le traitement saturnin, et l'auscultation nous a montré que l'état des poumons n'avait en rien été modifié par la nouvelle médication à laquelle nous avions soumis ce malade pendant un mois.

Obs. VI. Sous beaucoup de rapports, cette observation ressemblant à celle qui précède, nous nous dispenserons de longs détails. Le nommé Huot (Julien), âgé de vingt-deux ans, soldat d'infanterie de marine, est atteint depuis déjà longtemps d'une affection tuberculeuse des poumons, bien caractérisée : hémoptysie, toux habituelle, expectoration purulente, respiration rude dans toute la poitrine, pectoriloquie ; râles bullaires dans le tiers supérieur des poumons, etc. ; le traitement par le sous-carbonate de plomb a été commencé le 27 mai et continué sans interruption jusqu'au 15 juillet, époque à laquelle le malade est parti en congé de convalescence. La dose de 1gr,20 par jour, à laquelle nous sommes arrivé après un mois de traitement, n'a pas été dépassée ; le liséré gingival a indiqué le moment de l'imprégnation saturnine.

Au départ du malade, nous avons trouvé à l'auscultation l'état des poumons tel qu'il était au début du traitement ; la toux, l'ex-

pectoration n'avaient pas été modifiées d'une manière sensible.

Obs. VII. Le nommé Cardonni (Louis), âgé de vingt-trois ans, matelot du vaisseau *le Saint-Louis*, est dirigé, le 20 mai 1859, sur l'hôpital de la marine, pour une affection tuberculeuse des poumons déjà avancée. En effet, il existe une matité très-prononcée des deux côtés de la poitrine ; partout le bruit respiratoire est rude ; une vaste caverne occupe une grande partie du sommet du poumon droit ; râles sous-crépitants nombreux, diminués dans les deux côtés de la poitrine, etc., etc. : hémoptysie, expectoration purulente, amaigrissement prononcé ; la face porte l'empreinte des affections organiques ; ce cas est surtout remarquable par l'abondance des sueurs et de l'expectoration. Après avoir employé la potion stibiée pendant plusieurs jours, pour faire tomber la fièvre due au travail deramollissement, je pus commencer l'administration du sous-carbonate de plomb le 10 juin, et le continuer jusqu'au départ du malade, qui fut envoyé en convalescence chercher les dernières consolations de sa famille.

La marche de la maladie n'a pas été modifiée un seul jour ; les sueurs et l'expectoration, contre lesquelles nous dirigions surtout la médication saturnine, avec quelque espoir de succès, n'ont éprouvé aucun changement ; l'état général a été aggravé d'une manière très-marquée, et, d'après tout ce que j'ai vu de la marche de la maladie, j'ai la conviction que ce jeune marin n'aura pas tardé à succomber.

Obs. VIII. Vais (Pierre), âgé de vingt et un ans, matelot, embarqué sur le vaisseau *le Saint-Louis*, entre à l'hôpital le 20 mai, atteint de phthisie pulmonaire encore peu avancée, quoiqu'il y eût cependant déjà quelques tubercules en voie de ramollissement. Chez ce malade, la toux et les sueurs nocturnes étaient peu abondantes. Les pilules de céruse furent données pour la première fois le 11 juin, on les a continuées jusqu'au 26 juillet. Pendant toute la durée du traitement nous avons, comme de coutume, suivi avec soin et noté jour par jour la marche des accidents et l'action du médicament ; nous avons vu survenir le liséré gingival, et cependant nous n'avons pu constater aucune amélioration, ni dans l'état des poumons, ni dans l'état général du malade ; bien plus, l'amaigrissement rapide auquel, peut-être, le plomb n'a pas été étranger, en contrariant les fonctions digestives, nous a forcé à renvoyer ce marin dans sa famille.

Pendant le cours du traitement, nous avons fait prendre à ce malade trois bains de Baréges, pour savoir si la peau se chargeait d'éliminer le sel de plomb ingéré chaque jour, mais nous n'avons constaté aucun changement de coloration indiquant la présence du plomb. Il en a été de même des crachats que nous avons fait analyser ; jamais aucune trace de plomb ne s'est montrée dans le produit de la sécrétion pulmonaire. *(La fin au prochain numéro.)*

De l'hépatite avec abcès s'ouvrant dans les bronches. — Remarques pratiques sur cette grave maladie [1].

Par M. le docteur Max Simon.

Ce fait si intéressant fournirait matière à bien des enseignements, s'il nous était permis de dépasser les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici. Nous nous bornerons à quelques remarques succinctes. Remarquons d'abord que ce fait vient confirmer ce que nous disions tout à l'heure, en touchant à l'étiologie de l'hépatite traumatique. Dans la chute qui a entraîné l'accident auquel le malade a succombé, la violence n'a point porté directement sur le foie ; le traumatisme dont il a été atteint n'a été qu'un effet indirect, un résultat de la commotion. Bien que tout d'abord notre attention ait été fixée sur ce point, nous devons dire cependant que quelque incertitude restait dans notre esprit, et que s'il en eût été autrement et qu'une médication antiphlogistique plus vigoureuse, un repos plus absolu, une diète plus sévère eussent été prescrits, peut-être aurions-nous jugulé la maladie et prévenu les conséquences funestes que nous avons vues successivement se dérouler sous nos yeux. Nous reparlerons au reste du traitement commandé par une lésion si grave ; passons. Rien de plus tranché que les symptômes par lesquels la lésion hépatique s'est traduite à l'observation dans ce cas, à partir du moment où le pus colligé dans l'organe formateur de la bile s'est fait jour à travers le diaphragme, dans les bronches, et a été évacué par la bouche. Outre que la coloration spéciale du pus permettait déjà de soupçonner la source d'où il sortait, l'impression particulière qu'il déterminait sur le sens du goût, en traversant la cavité buccale, semble également devoir éclairer l'observateur attentif sur le point de départ du liquide morbide. Delmas, qui lui-même contracta dans les pays chauds, où il exerça pendant plusieurs années, une hépatite qui se termina par suppuration, et dont il ne guérit qu'incomplétement, puisque nous l'avons vu succomber à Paris à une maladie du foie évidente ; Delmas, dis-je, a fait sur lui-même la même observation. « Le passage de la matière (qui fut évacuée par la voie de l'estomac), le passage de la matière, dit ce médecin distingué, laissa dans l'arrière-bouche et au palais, pendant plus de deux heures, un goût de sang corrompu et d'hydrogène sulfuré qu'on aurait dit provenir des matières fécales. Ce goût m'était d'autant plus désagréable qu'il m'occasion-

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 289.

nait des nausées fréquentes et une grande répugnance pour les boissons, que je ne pouvais avaler, quoique je fusse très-altéré. » Mais n'insistons point sur ce symptôme; quand la maladie est arrivée à ce degré, le médecin peut demander à l'auscultation des enseignements qui ont une signification bien plus nette encore, bien plus tranchée. Dans le cas que nous venons de rapporter, nous avons vu que, suivant les prévisions de l'illustre auteur de l'auscultation, cette méthode sagement appliquée nous avait révélé positivement la voie d'émigration suivie par le pus collectionné primitivement dans le parenchyme hépatique. L'auscultation pratiquée à la base de la poitrine nous a maintes fois permis d'entendre un véritable gargouillement. Dans les notes que nous avons prises sur ce fait, lorsque nous l'avons observé, nous ne voyons signalé que ce résultat de l'auscultation; mais ce résultat est-il le seul qui se soit réellement produit? nous n'oserions répondre à cette question. Ce qu'il y a de sûr à cet égard, c'est que, quand le foyer s'était en grande partie vidé par l'effet des efforts de la toux, l'air devait pénétrer des bronches dans ce foyer, et que la respiration caverneuse pouvait se produire, à moins qu'une sorte de soupape accidentelle, s'ouvrant de bas en haut dans le point de communication de la face convexe du foie avec le poumon correspondant, n'y empêchât la circulation de l'air. Dans tous les cas, ce qui peut-être n'a point existé ici est possible, et la prévision de Laennec sur ce point demande à être vérifiée, comme elle l'a été positivement en ce qui regarde le gargouillement proprement dit.

Il ne faudrait point croire d'ailleurs que le phénomène du gargouillement, quand il a sa source en dehors de l'appareil de la respiration lui-même, ne puisse survenir que dans les cas analogues à celui que nous venons de rappeler. Quand un obstacle quelconque vient arrêter la circulation de la bile dans les canaux excréteurs, elle peut se faire jour dans les bronches au moyen de trajets fistuleux lentement élaborés à travers le diaphragme et arriver à faire naître le phénomène que nous étudions en ce moment. « Un malade de l'Hôtel-Dieu, disent MM. Barth et Roger dans leur *Traité pratique de l'auscultation*, avait depuis longtemps un ictère foncé; dans le cours de sa maladie il survint une expectoration abondante d'une matière verte et amère. Ce liquide était-il versé directement dans les voies respiratoires? La rareté d'un fait semblable faisait hésiter à en admettre la réalité; mais l'auscultation ayant révélé l'existence d'un gargouillement tout à fait à la base et en arrière, du côté droit de la poitrine, mit hors de doute l'exis-

tence d'une communication fistuleuse établie entre les conduits biliaires et les bronches, et l'autopsie vint démontrer la justesse de ce diagnostic. » Enfin, le pus, en faisant irruption dans les bronches, où il produit le phénomène du gargouillement, peut provenir d'une source encore plus éloignée que le foie, du rein, par exemple. M. Rayer, dans son *Traité des maladies des reins*, ouvrage si riche en faits observés avec la plus grande sagacité, cite une observation de cet ordre, si remarquable que nous demandons la permission d'en présenter ici une analyse rapide. Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune homme chez lequel une maladie du rein droit d'abord méconnue fixa enfin l'attention, bien que les phénomènes par lesquels elle se traduisait fussent bien propres à donner le change. C'est ainsi que le malade fut pris de quintes de toux extrêmement vives et pendant lesquelles on entendait un gargouillement qui s'étendait depuis l'angle inférieur de l'omoplate droite jusqu'à l'hypocondre du même côté. Avant que cet accident se manifestât, le malade avait surtout accusé une douleur diffuse dans les reins, sans modification bien prononcée du côté des urines. Enfin, après quelques quintes de toux violente, il expectora, dans de courts intervalles, à peu près un kilogramme et demi de pus épais, d'un gris verdâtre. Cette expectoration varia en quantité pendant quelques jours, où le gargouillement persista également avec le même caractère. L'autopsie montra la source de ces accidents : c'était un rein suppuré et dont le pus s'était fait jour dans les bronches à travers le foie et le diaphragme.

Un homme qui avait du bon et qu'on ne lit point assez aujourd'hui, Raymond, l'auteur du *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*, a rapporté quelques faits qui ont de l'analogie avec ceux que nous avons rapportés dans le cours de ce travail. Il termine ces observations par une remarque fort juste et qui justifiera, nous l'espérons, les développements dans lesquels nous venons d'entrer. « Ce que je viens de dire, remarque-t-il, démontre que si le cas d'expectorer et de cracher du pus venant du foie est extraordinaire, il n'est pas impossible, et qu'un savant professeur en médecine, d'une fameuse Faculté, eut tort de se moquer d'un médecin avec lequel il consultait et qui lui disait qu'il y avait beaucoup d'apparence, selon tout ce qui avait précédé et ce qui accompagnait le mal, que le pus que son malade crachait pouvait fort bien venir du foie. »

En face d'une maladie aussi grave que l'hépatite traumatique, surtout lorsqu'elle a abouti à la suppuration, il est évident que

le pronostic doit être d'une réserve extrême : cependant assez nombreux sont déjà dans la science les cas où, après des accidents plus ou moins variés, la maladie s'est terminée par la guérison. Malgré la tendance de quelques contemporains à nier ce mode de terminaison, on ne peut, devant les faits parfaitement observés et rapportés avec des détails suffisants par MM. Cambay, Catteloup, Haspel, etc., révoquer en doute la réalité de guérisons que des cicatrices, signe incontestable d'un travail phlegmasique éteint, ont démontrée de la manière la plus évidente. Alors même que le pus s'est frayé une voie insolite à travers le tissu pulmonaire, la guérison est certainement encore possible ; nous en donnerons pour preuve le cas si remarquable cité par Malle. Dans ce cas, l'abcès du foie s'ouvrit d'abord dans la plèvre droite, d'où il fut évacué au moyen de l'opération de l'empyème ; cette ouverture s'étant oblitérée et le pus s'étant reproduit, on lui pratiqua une nouvelle issue à travers les parois abdominales ; enfin l'abcès s'ouvrit spontanément dans l'intestin, et le malade finit par entrer en convalescence.

Maintenant, quelle est la médication la plus propre à conduire la maladie à cette heureuse terminaison ? c'est ce que nous allons essayer de déterminer rapidement. Il est évident pour tous d'abord que si quelque méthode peut, en face d'une commotion du foie positivement reconnue ou simplement soupçonnée, prévenir un travail inflammatoire dont les suites sont si redoutables, c'est la méthode antiphlogistique. Par cette méthode nous n'entendons pas seulement les émissions sanguines générales et locales, les bains, les applications émollientes, mais nous entendons encore le repos vital de l'organe menacé, autant qu'on peut l'obtenir, et le repos purement statique. Pour ce qui est de l'influence de ce dernier, il n'est pas besoin de longues explications pour en établir l'utilité ; plus la glande hépatique est volumineuse et dense, et moins les organes qui l'enveloppent sont propres à la soutenir, plus il est nécessaire de la soustraire à l'action de la pesanteur. La position couchée et même la supination la plus persévérante sont donc un élément important dans l'institution d'une thérapeutique qui a pour but ou de prévenir une hépatite ou de la combattre déjà réalisée. L'instinct des malades les porte d'ordinaire, ainsi que nous l'avons vu, à prendre d'eux-mêmes cette position ; pourtant il n'est pas mal que le médecin les surveille à cet égard, car s'ils n'en comprennent pas physiologiquement, si nous pouvons ainsi dire, la nécessité, ils finiront par s'y soustraire en partie, à

leur grand dommage. Mais le repos vital ou dynamique est, au point de vue où nous nous plaçons, bien plus important encore que ce repos purement statique ou mécanique. Tout le monde sait les belles recherches de M. Claude Bernard sur une fonction non jusque-là soupçonnée du foie, la fonction glycogénique. En face des résultats remarquables mis en pleine lumière par cet habile et sagace expérimentateur, il ne suffit donc plus, lorsqu'il s'agit de prévenir une hépatite, ou de la combattre quand déjà elle est déclarée et que l'âge de la maladie ou les conditions générales de l'organisme commandent l'alimentation, sous peine de voir celui-ci tomber dans une débilitation irremédiable; il ne suffit donc plus, disons-nous, de prescrire une alimentation antiphlogistique, il faut, de plus, que celle-ci soit antiglycogénique, si l'on veut bien nous permettre un instant l'usage d'un langage dont nous n'abusons pas. Or, comme il est démontré que la diète absolue suspend en quelque sorte la fonction glycogénique de l'appareil hépatique, tant que celle-ci sera compatible avec le jeu normal des grandes fonctions vitales, elle devra être observée. Telle est, il nous semble, l'importance de cette règle thérapeutique, que, bien que nous soyons convaincu que les émissions sanguines doivent être la base fondamentale de la médication à opposer à l'imminence morbide ou à la maladie réalisée, il ne faut point abuser de ce moyen, pour ne pas se priver de l'influence heureuse d'une abstention d'aliments un peu prolongée sur l'intensité de la vie de l'appareil hépatique. Tous les médecins qui se sont spécialement appliqués à l'étude de l'hépatite de cause interne ou traumatique, M. Haspel, entre autres, ont posé ces limites à l'emploi des antiphlogistiques directs dans cette maladie. Il est vrai qu'ils écrivaient sous le ciel de l'Inde ou de l'Algérie, et que là la dépression de l'énergie vitale par les conditions cosmiques où l'homme vit, et qui est telle que la définition de la vie par Bichat y est presque juste; il est vrai, disons-nous, que cette dépression explique en grande partie la nécessité de la prudence thérapeutique dont nous parlons en ce moment; cependant il faut peut-être, pour l'expliquer, faire aussi la part des conséquences de larges spoliations sanguines dans leur inconciliable coexistence avec une diète un peu prolongée. Quoi qu'il en soit à cet égard, il est hors de doute qu'à surexciter la fonction glycogénique du foie dans l'imminence de l'inflammation du foie, ou dans cette inflammation même, il y a péril réel, et que la thérapeutique comme la diététique doivent être instituées d'une façon telle, dans cette maladie, qu'elles n'arrivent pas à suractiver la vitalité d'un or-

gane dont le repos vital, autant qu'on peut l'obtenir, la vie étant donnée avec la permanence fatale de ses actes intimes, fonde une indication si essentielle.

Mais si l'abstention des aliments, dans la mesure que commandent les nécessités de la vie, est si utile dans la maladie dont nous nous occupons au point de vue des lumières jetées par la science contemporaine sur les fonctions spéciales de l'appareil hépatique, quand cette abstention n'est plus possible, la diététique n'est pas encore désarmée. L'expérience, en effet, et une expérience qui n'a pas attendu les conquêtes d'hier pour imposer ses enseignements aux esprits non prévenus, l'expérience a démontré que, lorsque la diète n'est plus possible, le choix des aliments peut encore, à qui le sait faire d'une manière judicieuse, offrir une ressource utile. Ici donc, comme dans le traitement du diabète, il faudra, autant que les ressources alimentaires le permettront, n'user qu'avec modération des aliments féculents. Entre les viandes rouges et la fécule de pomme de terre il y a, malgré les très-peu poétiques lamentations de nos Lucullus modernes, de nombreux intermédiaires ; c'est dans cette carte qu'il faut, en ce cas, savoir sagement puiser. Nous n'en dirons pas davantage sur ce point : nous nous trouvions ici en présence d'un point de vue nouveau, il nous était impossible de ne pas nous y placer un instant ; nous l'avons fait ; c'est aux praticiens à féconder par de prudentes et sages expérimentations les réflexions qui sont tombées comme d'elles-mêmes de notre plume en touchant à la question de l'hépatite.

Ne nous proposant nullement, dans cette notice rapide, d'épuiser la question du traitement applicable à l'hépatite ; n'ayant qu'un but plus simple et plus proportionné à nos forces, celui d'éclairer, s'il se peut, quelques côtés obscurs de la question, en empruntant quelques lumières aux recherches modernes, il ne nous reste plus, nous renfermant exclusivement dans l'hépatite terminée par suppuration et par vomique, pour caractériser d'un mot cette détermination morbide, qu'à dire quelques mots sur la thérapeutique spéciale applicable à cette forme spéciale de la maladie.

L'abcès hépatique s'est présenté quelquefois avec des circonstances qui ont dû singulièrement embarrasser le praticien : ainsi, la collection purulente est positivement reconnue; mais en même temps qu'une fluctuation non douteuse existe là sous la main, il y a des signes stéthoscopiques qui ne permettent pas de douter que le pus s'est fait jour à travers le diaphragme perforé. Que faut-il faire dans ce cas ? En réponse à cette question, nous ne citerons qu'un

fait; il s'est produit dans la pratique d'un illustre chirurgien militaire, Larrey. « Un grenadier de la 88e, dit Latour, qui rapporte ce cas, eut un abcès qui s'était formé à la face convexe du foie. On y sentait de la fluctuation. M. Larrey en fit l'ouverture, qui lui permit de reconnaître le trajet purulent, lequel partait du foie dans la poitrine, en traversant le diaphragme, qu'il trouva perforé vis-à-vis l'intervalle de la sixième à la septième côte. D'ailleurs, la matière qui découla de la plaie était considérable et de couleur de lie de vin. Par les pansements ordinaires dans ces sortes d'abcès, le malade fut conduit à la guérison parfaite. » Cette observation, tout incomplète qu'elle soit, indique bien, suivant nous, la marche à suivre en pareille circonstance. Oui, assurément, il faut ouvrir à travers la peau une voie au pus, pût-on légitimement espérer qu'il pourra s'échapper par les bronches, eût-il commencé même déjà à suivre cette voie d'élimination. Pas besoin n'est de dire que dans ce cas particulier, comme dans tous ceux où il s'agit d'un abcès hépatique, d'hydatides, l'instrument tranchant ne doit intervenir qu'à une condition, c'est qu'il y ait là des signes non équivoques d'adhérences entre les parois du foyer et le tégument externe : une fluctuation évidente et sous la main, l'immobilité de la tumeur, l'œdème du tissu cellulaire sous-jacent ne doivent laisser aucun doute sur ces adhérences. Pour peu qu'on en doutât, il faudrait sans hésiter préférer le caustique à l'instrument tranchant.

Mais il ne suffit pas toujours, ainsi que nous l'avons vu, que le pus colligé dans la principale glande de l'abdomen se soit fait jour à travers les bronches, et que, dans ce même cas, on ait aidé à cette évacuation, en ouvrant à celle-ci une voie moins périlleuse à travers la peau, pour que les choses rentrent dans l'état normal. La vie morbide n'est point éteinte dans ce foyer, quand on a ouvert au pus, ou que le pus s'est ouvert lui-même une voie d'élimination. L'art, dans ce cas, est-il encore aujourd'hui si peu riche en ressources qu'il ne puisse aider la puissance conservatrice, immanente au sein de l'économie vivante, à atteindre le but auquel elle tend d'elle-même, bien qu'elle le manque souvent ? Nous n'avons point d'observations qui nous permettent de résoudre empiriquement cette question. En consultant l'*Iodothérapie* de M. Boinet, nous avions d'abord espéré que ce que nous n'avions point vu, d'autres l'avaient vu ; mais nous nous étions trompé. Bien que l'auteur semble promettre des faits en faveur de l'injection iodée dans le cas d'abcès hépatiques, comme dans celui, fort différent à ce point de vue, de simples hydatiques du foie, il se trouve, à le lire

attentivement, que les observations de suppuration hépatique sont complétement absentes. Dans ce silence de la science, nous nous sommes demandé si dans les cas, mais seulement dans ces cas, bien entendu, où le pus s'est fait jour à travers les bronches, on ne pourrait tenter avec quelques chances de succès de faire pénétrer l'iode par cette voie jusque dans le foyer même où s'élabore le pus. Ce serait là assurément une bien heureuse application de l'atmiatrie : l'absence de diathèse, en pareille circonstance, assurerait-elle à l'action topique de l'iode l'influence médicatrice dont elle manque très-probablement, malgré certaines assertions très-explicites, trop explicites même pour être vraisemblables, dans le traitement de la phthisie? Nous nous bornerons à poser cette question : si notre savant et sagace confrère et collaborateur, M. Aran, que M. Boinet cite dans son livre à propos de la médication iodique dans le pansement des kystes hydatiques du foie, rencontrait quelquefois un fait de cet ordre, qu'il nous permette de lui demander de ne pas oublier ce *desideratum* de la science, non plus que la remarque que cette lacune nous a inspirée.

Nous nous arrêterons ici. Nous eussions pu donner à ce travail, dont l'intérêt au moins n'échappera à personne, beaucoup plus d'étendue : il nous eût suffi pour cela de mettre largement à contribution la tradition de la science sur ce point difficile; mais nous n'en eussions point tiré grand profit pour la pratique, et nous n'aimons pas ce travail de cloporte dans une poussière stérile.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations cliniques sur l'ophthalmie granuleuse ou contagieuse (ophthalmie militaire ou des armées, ophthalmie d'Égypte, etc.) (¹).

Par M. le docteur Ch. Deval.

§ IV. Traitement.— *Ophthalmie granuleuse aiguë.* — Son traitement peut être ramené aux trois chefs suivants, autour desquels se groupent des indications spéciales :

1° Le mal est à ses débuts, pas de chémosis, cornée saine;

2° Chémosis; la cornée paraît jouir de ses conditions normales;

3° Hyperphlogose; volumineux bourrelet chémosique; cornée envahie.

(¹) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 302.

Dans le premier cas, je cautérise immédiatement la paroi interne des paupières avec une solution concentrée de nitrate d'argent (1 gramme de ce sel pour 6 ou 8 grammes d'eau). Le malade fait un fréquent usage d'un collyre composé de 15 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Dans l'intervalle de ces instillations, fomentations avec une solution d'extrait de saturne. Purgatifs.

A l'application de ces mêmes moyens, réclamés par la seconde condition, il faut joindre les scarifications du chémosis, s'il étrangle la cornée par ses dimensions trop considérables; ces scarifications sont loin d'être toujours indispensables. J'ai vu la solution caustique de nitrate d'argent remplacée par le crayon de sulfate de cuivre et le malade guérir.

Dans le troisième cas, s'abstenir de cautérisation; se tenir en garde contre la procidence de l'iris, à travers une perforation possible de la cornée, et employer au besoin les mydriatiques. Injections souvent répétées avec une solution de nitrate d'argent préparée dans les proportions de 15 centigrammes de ce sel, pour 30 grammes d'eau distillée; fomentations résolutives; émissions sanguines. Dans quelques circonstances, débridement du bourrelet chémosique. Cataplasmes sinapisés aux jambes; purgations énergiques; calomel parfois associé à l'opium. Régime sévère; repos absolu. Nous devons ajouter encore que les douches froides, comme les administre le docteur Chassaignac, ne peuvent que seconder utilement les efforts du praticien, quel que soit, d'ailleurs, le degré de la maladie.

Si la cautérisation a été exclue du troisième chef des indications précédemment posées, c'est que l'expérience démontre que rien n'est plus fatal que les caustiques dans les ophthalmo-blennorrhées aiguës, quand la cornée commence à s'altérer ou à être affectée d'une manière quelconque; les accidents dont elle est le siége sont susceptibles de progresser avec une effrayante rapidité, du moment où l'œil a subi l'impression du caustique; parfois le salut de l'organe est compromis dans l'espace de quelques heures. La cautérisation, dans de telles circonstances, n'agit pas seulement d'une manière délétère sur la face antérieure de la cornée, si le caustique vient à se porter sur elle; l'action capillaire des vaisseaux et l'absorption tendent, en outre, à charrier la matière corrosive jusqu'au sein de la substance cornéale.

La paracentèse de la cornée a été préconisée par Wardrop, dans les ophthalmies purulentes avec chémosis et imminence de sphacèle ou de perforation de la cornée, rupture qui souvent a lieu vers un

point de la périphérie de cette membrane. « J'ai tenté trois fois cette opération, dit B. Eble [1], et toujours avec un avantage marqué. Ce résultat confirme pleinement celui obtenu par Wardrop, Mac-Gregor, Farrel et Müller. »

Ophthalmie granuleuse chronique. — Dans cette forme morbide, la tâche du médecin consiste moins à détruire de vive force les produits granuleux qu'à en solliciter graduellement la résolution, pour ramener peu à peu les tissus à leurs conditions physiologiques. Une médication, composée de moyens en harmonie avec la délicatesse de l'organe visuel, et, par cela même, d'une application exempte d'exacerbations phlegmasiques, conduit plus sûrement au but que ces ressources incendiaires qui, manifestant leur action bien au delà de la couche granuleuse, portent dans les tissus de profonds ravages. Quelle que soit, d'ailleurs, la médication mise en œuvre, l'ophthalmie qui nous occupe est l'une des plus tenaces de toutes celles dont se compose le domaine de l'oculistique.

Scarification. — Une ressource dont je ne saurais assez préconiser l'emploi consiste dans la division des surfaces granulées avec la lancette, ou mieux avec un scarificateur. Les médecins, qui se sont succédé à mes consultations cliniques, ont tous été surpris des résultats qu'elle fournit; tous, sans exception aucune, m'ont assuré qu'aucun moyen ne valait celui-là, parmi les expédients qu'ils voyaient mettre en œuvre dans les autres consultations ophthalmologiques. La scarification doit être délicatement pratiquée avec un instrument bien tranchant, et n'effleurer que la superficie des parois granuleuses; si le couteau pénétrait profondément dans les tissus, le procédé serait mille fois plus nuisible qu'utile. Je scarifie à larges traits transversalement et quelquefois verticalement; il m'arrive souvent aussi, quand les granulations sont exubérantes, de diriger le tranchant à plat, de manière à les enlever partiellement par abrasion; c'est en partie pour ce motif que j'ai substitué au scarificateur de M. Desmarres un autre instrument qui n'en diffère que par une bien plus grande longueur de la lame [2]. L'opération terminée, l'œil est plongé dans un vase rempli d'eau où le sang s'écoule avec abondance; l'administration, pendant cinq ou six minutes, d'une douche oculaire, présente ici de grands avantages. Je pratique habituellement ces scarifications de deux jours

---

[1] Burkard Eble, *Structure et maladies de la conjonctive* (traduction du docteur Losen de Seltenhoff). Bruxelles, 1836.

[2] Ce scarificateur se trouve chez M. Mathieu, rue de l'Ancienne-Comédie, 22.

l'un. Elles sont exemptes de souffrances, tant que les granulations offrent des dimensions de quelque importance; le malade n'accuse généralement quelques picotements douloureux que lorsque les productions granuleuses se sont de beaucoup réduites, que les surfaces sont à peu près aplaties et que la guérison semble prochaine.

La bonification instantanée de la vision, immédiatement après la scarification, est l'une des conséquences les plus communes de cette opération. J'ai vu nombre de malades incapables de se livrer à des travaux demandant quelques efforts de vision, et qui, après avoir été scarifiés, s'y adonnaient sans aucune gêne. Pendant près d'une année, l'un d'eux, tailleur, aujourd'hui guéri, venait souvent sonner à ma porte, au lever du jour, sollicitant avec instance l'application d'un moyen, sans lequel, me disait-il, il lui serait impossible d'accomplir sa tâche. J'ai vu, chez un autre sujet, le soulagement ainsi obtenu durer quinze jours. Il résulte, en outre, de la dépression subie par les aspérités granulaires, que jamais les cornées ne se prennent, pendant tout le temps qu'on exécute le procédé dont il s'agit. Il faut joindre enfin aux bénéfices qui en découlent que les surfaces ainsi dégorgées et superficiellement ouvertes sont plus facilement pénétrées par les topiques, quels qu'ils soient, destinés à en modifier les conditions.

Excision. — Recommandée par Pellier, par Lutens et par quelques autres auteurs, l'excision, que j'exécute rarement, ne doit guère être réservée qu'aux granulations déjà anciennes et dans lesquelles une saillie considérable des exubérances donne une forte prise à l'instrument. Pratiquées avec des ciseaux droits ou courbes, à branches plates, les excisions seront dirigées de telle sorte qu'elles effleurent, pour ainsi dire, les parties affectées; il faudra se bien garder d'emporter de grands lambeaux de conjonctive, de crainte d'exaspérer l'inflammation et de donner lieu à des cicatrices dures, coriaces, et à des raccourcissements considérables, sans obtenir, comme compensation, quelques résultats favorables, au point de vue du mal principal.

Cautérisation. — L'application, longtemps continuée, des cathérétiques est, après la scarification, l'un des meilleurs moyens de détruire les productions granuleuses. Je préfère les fortes solutions de nitrate d'argent, et même, quand elles semblent susciter une réaction trop vive, je les remplace par une solution concentrée de sulfate de cuivre ou d'alun, revenant quelquefois plus tard au nitrate d'argent, quand l'œil s'est familiarisé avec ce genre de remèdes.

J'ai recours à ces moyens, immédiatement après la scarification, quand l'écoulement sanguin est tari, ce qui arrive au bout d'un laps de temps fort court. Dans quelques cas, je ne les applique pas à chaque scarification. Ma règle de conduite est fondée sur la marche de la maladie, sur les résultats de la médication et sur les susceptibilités individuelles.

La cautérisation de la face interne des paupières avec la pierre infernale est l'une de celles qui a conquis le plus de vogue. Les dangers qu'elle offre, brides, adhérences vicieuses, raccourcissements inodulaires, etc., nous ont engagé à la bannir ici de notre pratique. M. Hairion fait remarquer que si l'on cautérise, avec le nitrate d'argent solide, une surface granuleuse, on donne lieu à une escarre qui ne tombe que du second au troisième jour, en même temps qu'on suscite dans ces parties une congestion plus ou moins vive. A la chute de l'escarre, la muqueuse, plus enflammée et plus irritable, offre de nouvelles conditions morbides, parfois opiniâtres. Mais, si vous substituez au crayon une solution énergique d'azotate d'argent, les douleurs sont beaucoup moins vives ; l'escarre, plus superficielle, est habituellement éliminée au bout de quelques heures, et l'on ne voit jamais surgir les accidents dont il vient d'être question. Le professeur de Louvain ajoute que c'est surtout dans les conjonctivites purulentes aiguës que cette solution a sur la pierre une supériorité notable. Les reproches imputables au crayon de nitrate d'argent doivent s'adresser, à plus forte raison, aux autres caustiques capables de corroder profondément les tissus : acides minéraux, nitrate acide de mercure non affaibli, chlorure de zinc, potasse caustique, etc.

C'est surtout dans les hypertrophies des papilles conjonctivales que j'ai vu réussir les cautérisations souvent répétées avec le crayon de sulfate de cuivre. Bien qu'il soit considéré comme un moyen héroïque contre la conjonctivite granuleuse, je le regarde, dans cette condition, comme fort au-dessous de la réputation qu'il s'est acquise. Je puis citer des malades chez lesquels il a été employé plusieurs fois par semaine, pendant plus d'une année, sans bonification aucune dans l'état de leurs yeux. Il y a plus : le crayon de sulfate de cuivre, appliqué sans que la conjonctive palpébrale ait été préalablement scarifiée, peut indurer les granulations et les rendre, à la longue, beaucoup plus offensantes pour la cornée. Le docteur Guimonnet m'a dit avoir vu des sujets chez lesquels cette membrane s'était perforée par suite de son contact continuel avec des aspérités qui avaient subi une dégénérescence pareille. Les

granulations récentes et peu dures sont seules susceptibles de céder à cette médication, d'après le docteur Fallot.

Moyens divers. — Pendant que le malade subit à la consultation le traitement précédemment indiqué, il se soumet chez lui à l'emploi d'une autre série de remèdes, qui secondent avec une grande efficacité la marche de la cure. Ces remèdes sont ceux dont l'expérience a sanctionné l'utilité dans les conjonctivites subaiguës et chroniques. Telles sont, en première ligne, les pommades au nitrate d'argent cristallisé. Je prescris souvent encore celles à l'oxyde rouge de mercure combiné avec des ingrédients divers (camphre, acétate de plomb cristallisé, sulfate de zinc, oxyde blanc de ce métal, sulfate de cuivre, pierre divine, etc.), les collyres astringents de toute sorte, les préparations tanniques. J'ai employé fréquemment avec avantage un collyre composé de 50 centigrammes de sulfate de fer, 30 centigrammes de tannin et 100 grammes d'eau distillée. Cette solution, d'un noir violacé, par suite de la formation d'un tannate de peroxyde de fer, base de l'encre ordinaire (Bouchardat), est onctueuse et parfaitement supportée par les malades. Le docteur Clerc tire journellement un excellent parti de cette même préparation, et à titre d'injection, dans les cas de blennorrhée urétrale. Les agents énergiques, comme les pommades concentrées au nitrate d'argent ou à l'oxyde rouge de mercure, ne seront habituellement appliqués que le soir. Je m'en abstiens généralement les jours où le malade a été cautérisé, pour ne pas amener une réaction trop vive. Les minoratifs, périodiquement réitérés, surtout chez les gens enclins à la constipation, le tartre émétique, à doses fractionnées, les hydrargyriques à l'intérieur, ne peuvent que seconder utilement l'absorption qu'on a en vue d'atteindre. Il arrive souvent que la manifestation d'une exacerbation phlegmasique force le médecin à suspendre momentanément le traitement local des granulations, pour recourir à la médication des ophthalmies aiguës.

Le docteur Willems m'a dit avoir constaté que les granulations disparaissaient d'ordinaire avec plus de rapidité à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Si ce phénomène, que j'ai aussi noté chez quelques malades, était reconnu exact, ne pourrait-on pas en trouver l'explication dans la différence de compression à laquelle les granulations sont soumises, entre le fibro-cartilage et le globe, et qui est relativement plus forte à la paupière supérieure qu'à l'inférieure? Je rappellerai à ce sujet que M. Boissonneau père, habile fabricant d'yeux artificiels, m'a assuré qu'il avait vu des granulations se flétrir, s'affaisser et finalement s'évanouir, sous l'influence

douce et incessante de l'œil prothésique. Il y a lieu de tirer d'une telle assertion cette conclusion que, quand un malade a perdu un œil, par une ophthalmo-blennorrhée qui laisse encore des granulations à sa suite, la pièce d'émail doit lui être conseillée aussitôt que possible.

L'usage de l'eau commune, saturée de sel marin, a été très-préconisé, contre la conjonctivite granuleuse, par un praticien américain, le docteur Hays. Dans son *Histoire médicale de l'armée d'Orient*, Desgenettes rapporte que plusieurs inflammations ophthalmiques cédèrent, en Egypte, à une dissolution de sel marin dans de l'eau vinaigrée; d'autres guérirent avec l'eau de mer. Cunier annonce que le collyre au chlorure de chaux fournit tant de succès à M. Varlez que M. l'inspecteur général Bernard crut devoir inviter les médecins de l'armée belge à en faire usage, et ils en obtinrent, en effet, de grands avantages. Le professeur Jaeger m'a dit avoir retiré de bons effets d'une pommade composée de 40 centigrammes de bromure de potassium et de 15 grammes d'axonge; il en enduit les parois granulées avec un pinceau. J'ai vu ce professeur essayer, mais sans un succès marqué, une solution de 6 à 8 gouttes de brome dans 4 grammes d'eau distillée, préparation beaucoup moins irritante que celle qui précède.

Méthode de Buys.—Ce procédé, expérimenté pour la première fois par ce praticien en 1834, consiste dens l'application de l'acétate de plomb neutre sur les paupières granulées. Les docteurs Testelin et Warlomont le préconisent surtout dans ses applications aux soldats atteints du fléau. « Les granulés, disent-ils, que l'on est obligé, pendant toute la durée des autres traitements, de tenir séquestrés et éloignés de tout service, peuvent rentrer dans la vie commune, du moment où leurs conjonctives ont été bien recouvertes d'acétate de plomb. Toute sécrétion est devenue impossible, partant toute contagion, et il ne reste plus qu'à surveiller les malades et à recouvrir les parties de la muqueuse qui peuvent s'être dégarnies. On conviendra qu'un tel résultat est digne de fixer l'attention. »

La vogue dont a joui la méthode de Buys, dans la patrie surtout de son auteur, a manifestement décliné depuis quelques années. D'après M. Hairion, qui l'a bannie de sa pratique, l'action de l'acétate de plomb sur la conjonctive est destructive, comme celle du nitrate d'argent; mais ces deux substances offrent des différences dans la manifestation des effets auxquels elles donnent lieu. Tandis que ceux de l'azotate d'argent sont brusques, atteignent avec rapidité leur apogée, mais durent peu, ceux de l'acétate de plomb sont

plus obscurs, moins violents, mais plus durables, et les inflammations qui en émanent obligent fréquemment le médecin à envoyer le malade à l'hôpital. Le même professeur reproche à cette méthode d'être infidèle, empirique, dangereuse, parce que, dans un nombre de cas donnés, identiques en apparence, tantôt elle guérit et tantôt elle aggrave le mal ; on n'a pu, jusqu'ici, en préciser exactement l'action, ni mesurer l'étendue de ses effets ; elle est susceptible enfin de produire des brides, des cicatrisations vicieuses, des incrustations indélébiles de la cornée. Dans l'opinion du docteur Thiry, les succès de l'acétate de plomb ne s'expliquent que parce qu'il y a lieu de penser qu'ils ont été obtenus à l'ombre d'une erreur de diagnostic; toutes les fois que M. Thiry a eu à combattre de véritables granulations, le sel plombique est resté insuffisant, sinon impuissant. M. Courserant le regarde comme bien au-dessous des éloges qu'on lui a prodigués; M. Rivaud-Landrau ne peut comprendre l'engouement des médecins de la Belgique pour ce remède. J'ai vu, comme les praticiens qui précèdent, des accidents phlegmasiques de quelque gravité et souvent accompagnés d'œdème des paupières, à la suite de l'application de cette méthode, que je regarde comme bien moins utile que je ne l'avais pensé dans le principe; j'y ai même complétement renoncé depuis quelques années.

Occlusion oculaire. — La kératite, consécutive à des granulations palpébrales, est l'une des conditions morbides dans lesquelles l'occlusion de l'œil, pratiquée avec le collodion, m'a rendu le plus de services. Si la cornée se dépolit dans cette circonstance, si elle se perfore parfois à la longue, c'est qu'elle est fatiguée sans cesse par les corps raboteux qui la froissent. Venez-vous, par l'occlusion des paupières, à mettre celles-ci dans l'immobilité, le frottement n'a plus lieu, ou ne s'effectue que d'une manière très-bornée ; de plus, les membranes phlogosées sont soustraites à l'influence de la lumière, de l'air, des molécules suspendues dans l'atmosphère; elles reçoivent plus efficacement enfin l'impression des agents destinés à triompher de leurs désordres. D'accord, à cet égard, avec les principes de l'école italienne, le docteur Hairion fait observer que la plupart des remèdes mis en contact avec les tissus oculaires, pour en modifier les conditions, sont doués d'une double propriété, l'une immédiate, l'autre secondaire. La première, toute locale, est presque toujours irritante ; elle dérive de l'action mécanico-chimique de la substance sur les membranes. La seconde, consécutive à son absorption, est hyposthénisante et résolutive. Le topique reste-t-il peu de temps en rapport avec l'œil, est-il expulsé par le jeu des pau-

pières, par l'écoulement des larmes, il n'est point absorbé, ou ne l'est qu'insuffisamment, d'où il suit que le premier effet subsiste seul, effet stimulant et conséquemment nuisible. Le contact de l'agent curatif est-il prolongé, au contraire, l'absorption s'opère et le second effet est produit. Quelques autres kératites chroniques, sans granulations palpébrales ou accompagnées seulement d'hypérhémie des papilles conjonctivales, ont trouvé dans l'emploi de cette méthode nne ressource salutaire, alors que d'autres moyens avaient été vainement mis en œuvre. Sous l'inflnence des pommades rouges, de celles au nitrate d'argent, etc., et de l'occlusion palpébrale, l'un de mes malades, Demogue (rue Guizarde, n° 9), récupera, au bout de sept mois, la faculté de se livrer à ses travaux de plombier, tandis qu'en mars 1854 il était affligé d'une cécité complète. Atteint d'un double pannus, cet homme avait fait un séjour de six mois dans l'un des hôpitaux de Paris, s'était soumis à des médications variées et avait subi soixante-cinq fois la scarification et l'excision des vaisseaux, le long du limbe kératique.

Lors de mes premiers essais, en 1849, j'appliquais le collodion sur les paupières, avec un pinceau de dimensions un peu fortes; je lui substituai plus tard celui qui est connu chez les marchands de couleurs sous le nom de *brosse plate*; je donne la préférence aujourd'hui à une simple petite bandelette, tailladée sur les bords et enduite de collodion. On la place sur toute la continuité des bords palpébraux, si ce n'est dans un court espace, vers les caroncules, où un petit orifice, que l'on ménage dans ce point, permet aux fluides de s'écouler au dehors. Ce procédé est d'un emploi plus rapide que celui du collement au pinceau; il est aussi moins fatigant pour les cils, dont l'autre mode provoque parfois l'arrachement; ils peuvent être d'ailleurs rares et courts, ce qui nuit beaucoup à l'agglutination. Dans l'expédient que j'ai adopté, l'adhésion ne s'opère plus par l'intermédiaire surtout des appendices ciliaires; elle est disposée de telle sorte que la bandelette, soudée à ces derniers, porte encore sur une partie des téguments palpébraux, ce qui rend l'occlusion plus solide. C'est habituellement de deux jours l'un que le malade est soumis au pansement qui vient d'être indiqué; quand le collodion est de bonne qualité, la bandelette, dans l'intervalle des pansements, demeure collée d'une manière solide.

§ V. Prophylaxie. — Le moyen préservatif par excellence consiste à éloigner, autant que possible, les sujets infectés de ceux dont les yeux sont dans les conditions normales. L'exécution pratique de

cette mesure est essentiellement variable, suivant un grand nombre de conditions.

Si le mal existe dans une crèche, dans un hôpital, dans une maison de force, etc., un local spécial sera réservé aux granuleux.

Un enfant, dans une famille, est-il affligé de granulations, on le fera coucher dans un lit séparé, et, autant que possible, seul dans une chambre; l'on veillera à ce que les éponges, serviettes, etc.; dont il se sert habituellement, ne soient exclusivement affectées qu'à son usage.

Dès que des granulations auront été constatées chez un élève, dans un pensionnat, on ne saurait mieux faire que de le rendre à sa famille, jusqu'à guérison complète. J'ai souvent été consulté sur la question de savoir si un enfant, atteint d'un mal d'yeux, pouvait être admis dans une école, dans un ouvroir. Dès que je reconnais que le sujet est granuleux, ma réponse est toujours énergiquement négative.

Le fléau vient-il à exercer ses ravages dans une armée, il y a tout intérêt à se conformer au plan suivant tracé par le docteur Caffe, dans un mémoire qu'il rédigea, après avoir étudié, sur les lieux mêmes, en 1838, l'ophthalmie qui désolait l'armée belge :

1° Diriger sur des dépôts les hommes atteints de granulations.

2° Ne les réintégrer dans leurs corps respectifs qu'après leur avoir fait passer un certain temps, au sortir des dépôts, dans des compagnies d'attente, que l'on pourrait préposer à la garde des citadelles et des places fortes.

Le docteur Thiry insiste sur la nécessité d'exercer une surveillance rigoureuse pour que le linge, les vêtements, les objets de couchage soient toujours dans le plus grand état de propreté possible. Il recommande, comme mesures utiles, une bonne aération et même le badigeonnement et la désinfection des locaux où auraient résidé des granuleux. Redoute-t-on la contamination granuleuse, il faut, d'après ce professeur, s'empresser de laver les yeux avec de l'eau de chaux, pour neutraliser, s'il en est temps encore, l'action pathogénique de la cause virulente.

Dans l'exploration des ophthalmiques, des sujets atteints d'écoulements aux parties génitales, et dans les opérations qu'on peut être appelé à leur faire subir, les médecins prendront les précautions utiles pour ne pas s'infecter eux-mêmes. Ils adresseront des recommandations en conséquence aux personnes préposées aux soins de cette sorte de malades.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la camomille romaine du commerce.

Par M. Timbal-Lagrave.

Depuis quelques années on trouve dans nos magasins de droguerie, sous le nom de camomille romaine, des fleurs appartenant à trois plantes qui, quoique ayant des affinités botaniques et médicales assez rapprochées, méritent à bon droit d'être séparées, et ne peuvent, ce me semble, être substituées les unes aux autres, avant que des expériences cliniques viennent confirmer l'analogie des propriétés médicinales de ces plantes, analogie que les caractères botaniques de ces diverses espèces nous font pressentir.

Dans cette note, je me bornerai à signaler le fait à l'attention de mes confrères, me proposant de donner plus tard à cette observation le développement que je croirai nécessaire.

Les trois plantes qui produisent les fleurs de camomille du commerce sont : 1° l'*anthemis nobilis* (L.), à fleurs monstrueuses ; 2° le *chrysanthemum parthenium* (Pers.), à fleurs semi-doubles ; 3° le *matricaria parthenioïdes* (Desf.).

Depuis déjà longtemps on a généralement l'habitude, en pharmacie, de prendre de préférence la camomille cultivée et à fleurs très-doubles. Cette culture, assez difficile au reste, se pratique dans le midi de la France, aux environs de Nîmes, de Montpellier, etc. Le prix assez élevé auquel se vendent les fleurs de camomille a engagé d'autres personnes à se livrer à cette culture ; mais au lieu de prendre l'*anthemis nobilis* (L.), trompées par une ressemblance qui n'est qu'apparente, elles ont pris pour type de leur culture le *chrysanthemum parthenium* (Pers.), à fleurs semi-doubles,t el qu'on le rencontre dans nos jardins. Cette analogie des caractères botaniques a été encore plus loin : elle a fait entrer dans cette culture le *matricaria parthenioïdes* (Desf.), qui ressemble tellement au *chrysanthemum parthenium*, qu'on ne peut l'en distinguer que par les feuilles.

Ces trois plantes appartiennent à la tribu des corymbifères, une au genre *anthemis*, les deux autres constituant un genre nouveau d'après M. Desmoulins, genre qu'il propose de nommer *dendranthema*. Mais si l'on ne fait qu'un examen superficiel, on ne peut pas distinguer ces trois plantes qui présentent des calathides ayant une grande ressemblance ; il faut une certaine habitude de semblables études pour les séparer. La difficulté est d'autant plus grande, que dans l'espèce on a à examiner des fleurs monstrueuses

qui ont subi diverses formations, accidents tératologiques survenus souvent sans suivre un développement conforme et régulier, comme tout ce qui est contre nature.

Si l'on est prévenu de cette substitution, la chose devient plus facile : à la simple vue, on peut séparer deux de ces plantes ; quant à la troisième, il faudrait, pour la distinguer, avoir des feuilles ; mais comme ces fleurs ont de l'analogie avec celles du *chrysantemum parthenium*, soit par leurs caractères botaniques, soit par leurs propriétés médicamenteuses, elles seront rejetées avec la matricaire, puisqu'il est si difficile de les distinguer entre elles.

Essayons de caractériser ces trois plantes au point de vue pharmaceutique, c'est-à-dire en examinant ces fleurs telles que le commerce nous les fournit, à l'exclusion des caractères puisés dans les autres organes de la plante.

L'*anthemis nobilis* (L.), camomille romaine à fleurs doubles des pharmacies, offre des fleurs (calathides) d'un blanc légèrement roussâtre, plus larges que longues, ayant une odeur franche, légère, caractéristique ; péricline (involucre) à folioles inégales velues, toutes largement scarieuses aux bords ; fleurons de la circonférence et les trois quarts de ceux du centre longuement ligulés, lancéolés, obtus au sommet, à la fin réfléchis. Le réceptacle est toujours muni d'écailles concaves, lancéolées, obtuses, scarieuses aux bords, lacérées au sommet ; tout à fait au centre de la calathide, on remarque quelques fleurons courtement tubulés, à tube très-élargi à la base.

Le *chrysanthemum parthenium* (Pers.), ou matricaire des pharmacies, à fleurs doubles, présente des calathides plus petites, globuleuses, c'est-à-dire aussi longues que larges ; l'odeur est forte, pénétrante, désagréable même ; le péricline est pourvu de folioles inégales comme dans l'anthémis, mais muni sur le dos d'une côte saillante qui persiste sur le sec ; les extérieures seules sont scarieuses aux bords, entières au sommet, tandis que les intérieures sont lacérées à leur extrémité ; fleurons de la circonférence ligulés, ovales, non réfléchis, tous ceux du centre accrus et blanchâtres, mais longuement tubuleux ; réceptacle à paillettes glabrescentes, lancéolées, caduques.

Le *matricaria parthenioïdes* (Desf.) se distingue de l'*anthemis nobilis* (L.) par les mêmes caractères que le *chrysanthemum parthenium* (Pers.) ; mais on ne peut le distinguer de ce dernier, comme je l'ai déjà dit, que par la forme des feuilles. Si j'indique cette plante comme produisant des fleurs livrées au commerce pour des fleurs de camomille, c'est parce que l'ai vue cultivée à côté du *par-*

thenium pour les mêmes usages, sans que l'horticulteur se doutât qu'il avait deux espèces sous les yeux.

Parmi les caractères que j'ai indiqués pour séparer ces diverses plantes, il en est trois qui me paraissent à la portée de tous les pharmaciens, même de ceux qui sont éloignés des études botaniques : 1° l'odeur caractéristique de chacune de ses fleurs; 2° la grosseur et la forme des calathides; 3° la forme tubuleuses à cinq dents de fleurons du centre de la fleur, petits, peu nombreux, à peine visibles dans l'*anthemis ;* grands, très-nombreux, très-longs dans les deux autres plantes.

De l'emploi du sucre de lait pour la préparation des pilules de protoiodure de fer.

Dupasquier a conseillé, comme on le sait, pour préparer ces pilules, d'ajouter du miel et de la gomme arabique à la solution d'iodure de fer, de faire évaporer et de mettre de la poudre de guimauve en quantité suffisante pour donner à la masse une consistance convenable.

Comme cette formule donnait des pilules qui se ramollissaient au bout de peu de temps, on a remplacé par du sucre une partie du miel ; ce moyen permettait de conserver le médicament pendant un temps beaucoup plus long. Un pharmacien belge, M. Denique, a pensé, et avec juste raison, qu'en substituant le sucre de lait au miel et au sucre, on arriverait encore à un meilleur résultat. Voici sa formule, que nous empruntons au Journal de Pharmacie d'Anvers.

On prend : fer porphyrisé, 1gr,50 ; eau distillée, 4 grammes ; iode en poudre, 4gr,10 ; on met le fer et l'eau dans une petite capsule tarée, on ajoute l'iode, et on tient la capsule un instant dans l'eau chaude jusqu'à ce que la réaction commence ; on agite alors le liquide, on continue de chauffer, et quand la réaction est terminée, on ajoute 2 grammes de sucre de lait en poudre ; on évapore à une douce chaleur, en agitant sans cesse, jusqu'à ce que la masse ne pèse plus que 8 grammes ; on ôte aussitôt cette dernière de la capsule et on la mêle dans un mortier de fer avec : sucre de lait en poudre 3 grammes, et poudre de racine de guimauve 8 grammes, pour obtenir une masse pilulaire très-ferme. On divise la masse en 100 pilules, que l'on fait sécher à une température qui n'excède pas 50 degrés et que l'on renferme dans un flacon qui se bouche hermétiquement. Chaque pilule contient donc, outre les substances servant d'excipient : 5 centigrammes d'iodure ferreux et environ

5 milligrammes de fer métallique, comme celles dites de Blancard.

Les pilules d'iodure ferreux ainsi préparées se conservent très-bien, enveloppées seulement d'une couche pulvérulente quelconque, mais à la condition, importante à remplir, de les dessécher préalablement avec le plus grand soin et de les enfermer dans des flacons bien secs et qui ferment bien.

Crayons cylindriques au tannin contre certaines affections de l'utérus.

Cette forme médicamenteuse, que signale M. le docteur Becquerel, nous paraît appelée à rendre des services réels dans le traitement des lésions qui affectent les cavités du col et du corps de l'utérus. Dans les cas de fongosités des muqueuses de ces cavités et d'hémorrhagies consécutives, les crayons au tannin remplaceront avantageusement les injections intra-utérines, opérations qui ne sont pas toujours sans danger. Voici la formule de M. Becquerel :

Pr. Tannin.................... 4 parties.
Gomme adragante.......... 1 partie.
Mie de pain, Q. S. pour donner de la souplesse au mélange.

Ces crayons ont 5 millimètres de diamètre et 3 centimètres de longueur. Pour s'en servir on met le col utérin à découvert, au moyen du spéculum; un crayon de tannin, porté sur des pinces, est introduit dans le museau de tanche, poussé dans la cavité utérine, et maintenu à l'aide d'un tampon de charpie imbibé d'une solution concentrée de tannin. Une fois en place, le crayon se ramollit, se dissout et modifie les tissus avec lesquels il se trouve en contact; au bout de douze heures, on retire le tampon de charpie à l'aide d'un bout de fil qui y est attaché. Tous les trois ou quatre jours un nouveau crayon est introduit de la même façon, et, après un mois de ce traitement, les fongosités de la muqueuse disparaissent progressivement et les hémorrhagies s'arrêtent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un mot sur les pneumonies intercurrentes dans les fièvres typhoïdes.

Dans le numéro du 30 août du *Bulletin*, M. Fonssagrives nous dit que « l'idée d'employer l'émétique à doses répétées, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, n'est pas nouvelle, et

qu'elle se rattache à cette médication vomitive à laquelle les Anglais ont été conduits par leurs idées très-peu acceptables sur la genèse de cette cruelle et désolante maladie. » M. Fonssagrives, si j'ai bien compris, semble donc vouloir faire honneur de ce traitement aux médecins anglais, sans remonter plus haut dans l'histoire de la science. Morton donnait, en effet, dans la *phthisie goutteuse*, l'ipécacuanha à plusieurs reprises comme vomitif ; « en outre, dit l'ancien professeur Barthez, dans son Traité sur la goutte, quelques médecins anglais ont étendu l'usage de ce remède à beaucoup d'autres cas de phthisie pulmonaire ; ils l'y ordonnent à doses faibles, qui provoquent les nausées ou les vomituritions, sans faire vomir que très-rarement, et ils en répètent l'usage chaque jour, ou, du moins, avec peu de jours d'intervalle. » Puis, le célèbre professeur rapporte en note : « Il est remarquable qu'Hippocrate est le premier auteur de l'administration des vomitifs répétés dans des cas de phthisie pulmonaire ; il donnait l'ellébore blanc, combiné avec la décoction de lentilles, ou modifié d'une autre manière, pour qu'il n'excitât que le vomissement, sans évacuer par des selles. » (*De Morbis*, lib. ij.)

Après cette courte remarque que le docteur Fonssagrives voudra bien me pardonner, me sera-t-il permis d'être un peu en désaccord avec le savant médecin de Cherbourg, relativement à la valeur des pneumonies intercurrentes dans les fièvres typhoïdes, « qu'il considère comme l'un des accidents les plus graves qui puissent compliquer une affection déjà si redoutable par elle-même ? »

Cette assertion n'est-elle pas trop générale ? Dans ma modeste pratique particulière, bien souvent des cas de ce genre se sont présentés sans aggravation appréciable dans l'affection typhoïde. Plusieurs fois même, lorsque la convalescence s'établissait, que le malade sentait ses forces revenir et son état s'améliorer enfin, une pneumonie à respiration bronchique des plus intenses apparaissait le lendemain de nos espérances, et semblait les détruire. Mais le même mieux-être se continuant, l'ensemble de l'état du malade n'étant pas plus mauvais, je reprenais courage, et j'ai fini par n'être plus autant effrayé que je l'étais d'abord par ces *intercurrences*.

A quoi doit-on attribuer ces sortes de pneumonies ou fausses pneumonies ? « Est-ce, comme le pense M. Fonssagrives, à l'oblitération mécanique des vésicules pulmonaires, par les dépôts de lymphe plastique qu'une congestion de longue durée y a déposés ? » Cela peut être, comme il est encore possible que dans une maladie où tout s'affaisse, tout se laisse aller, tout semble se décomposer, le tissu pulmonaire engorgé, congestionné, empêche sans doute la

pénétration de l'air dans les vésicules, et, par ce fait seul, quoique libre d'inflammation, on aura la respiration bronchique, et dans ces pneumonies vraies qui dépassent de plusieurs jours leur terme ordinaire, dans lesquelles tout danger aura disparu, où le pouls sera à peine fébrile, le bruit de souffle semblera s'éterniser quelquefois ; n'y aura-t-il donc point résolution ? Faudra-t-il encore là des émissions sanguines, tandis que le malade s'avouera guéri et que le médecin sera obligé d'être de son avis ? On combattra alors, sans nul doute, cette apparence de pneumonie par un régime et une médication toniques, et, dès lors, la membrane interne du poumon qui se trouvait relâchée, *boursouflée* pour ainsi dire, reprenant son ressort, revenue sur elle-même, laissera se rétablir une entière perméabilité, et, par suite, l'expansion pulmonaire normale.

N'aperçoit-on pas bien des fois l'existence d'une énorme respiration soufflante chez des individus, deux ou trois jours avant leur mort, quoique ne succombant point à une affection pulmonaire ? S'agira-t-il de voir ici autre chose qu'une congestion passive ? Eh bien ! cette passivité, je l'admets le plus souvent et sans surcroît de danger dans les fièvres typhoïdes ; du reste, comme disait Montaigne, *je donne cette opinion, non comme bonne, mais comme mienne.*

Ed. Jauzion, D.-M.,
à Saint-Paul Damiatte.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Leçons sur les maladies de la peau*, professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur ; rédigées et publiées par le docteur Léon Moysaut, ancien interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. — Dartres, Scrofulides, Syphilides.

2° *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professées par M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, chevalier de la Légion d'honneur, etc. ; rédigées et publiées par M. Alfred Fouquet, interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur.

3° *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis, par M. le docteur Bazin, etc.

Ce n'est pas parce qu'ils traitent les mêmes questions que nous avons rapproché ces livres, mais parce que les mêmes questions y sont envisagées à un point de vue identique et y reçoivent une même solution. Lequel de ces deux auteurs, également recommandables,

a marché le premier dans la voie, où les praticiens, nous l'espérons, ne tarderont pas à les suivre? Nous ne le rechercherons pas ; et la raison en est bien simple, c'est que cette voie, ce n'est ni l'un ni l'autre qui l'a ouverte, c'est la voie large de la tradition, c'est celle dans laquelle ont marché tous les médecins depuis Hippocrate, et qu'a malheureusement fait abandonner une préoccupation trop exclusive des lésions révélées par l'anatomie pathologique. Tout le monde sait avec quelle attention Willan, Biett, MM. Cazenave, Schedel, Devergie, etc., etc., ont étudié les lésions élémentaires topiques dans les affections cutanées : telle est la précision à laquelle on est arrivé aujourd'hui, grâce aux travaux de ces auteurs dans le diagnostic de ces lésions, que les maladies exclusivement basées sur les caractères que celles-ci présentent à l'observation sont aussi nettement distinguées, dans les cadres nosologiques, que les familles et les genres botaniques dans les flores les plus correctes. Au point de vue nosographique, on ne peut nier que ce ne soit là un progrès : à côté de l'art qui, peut-être, n'a guère été servi par là, il y a la science qui a ses exigences; et celles-ci n'étaient assurément pas excessives quand, en présence des affections cutanées, la science demandait que les lésions dont le derme est le siége fussent rigoureusement analysées et distinguées les unes des autres. Maintenant, cette partie graphique de l'étude de ces maladies étant à peu près terminée, la thérapeutique applicable à ces dernières va-t-elle en sortir comme un corollaire d'un axiome démontré, accepté? *A priori*, on eût pu prévoir qu'il n'en saurait être ainsi, et l'expérience est venue bien vite confirmer cette première intuition de l'esprit. Il fallait pour cela remonter plus haut, poursuivre au fond de l'organisme vivant les dispositions innées ou acquises dont les lésions dermiques, semblables à des *signatures* vivantes, n'étaient que les expressions symptomatiques, que le reflet varié. C'est cette donnée capitale qui se retrouve, jusqu'au dix-huitième siècle, dans tous les livres qui ont touché aux questions de la dermatologie, que se sont attachés à mettre en une plus vive lumière MM. Bazin et Hardy, dans leurs leçons à l'hôpital Saint-Louis et dans leurs livres; c'est cette donnée qui constitue leur originalité; c'est par là, nous le croyons, qu'ils réagiront utilement sur la pratique générale.

Qu'on ne croie pas qu'en réhabilitant ainsi dans la nosologie la diathèse dartreuse, si l'on veut un mot mieux fait, l'herpétisme, les médecins distingués de l'hôpital Saint-Louis n'aient fait que réparer une omission sans portée, une distraction involontaire d'écrivains trop préoccupés de leur point de vue exclusif: ce serait se

montrer à la fois trop indulgent et trop sévère pour ces auteurs que d'en juger ainsi. Ecoutez plutôt un d'entre eux sur cette question capitale, et vous verrez de suite que l'idée même que MM. Bazin et Hardy s'efforcent de réinstaller dans la science, dont ils veulent que l'art s'inspire sous peine de s'égarer à la poursuite de vains fantômes, vous verrez de suite, dis-je, que cette idée a été complétement méconnue, a été niée formellement. « Pour désigner les affections cutanées, dit cet auteur autorisé entre tous, divers termes génériques ont été employés à différentes époques par les pathologistes français : tels sont ceux de *lèpre*, d'*éruption herpétique* et de *dartre*. Cette dernière dénomination (de δαρτος, excorié) a prévalu pendant longtemps, et sert encore dans le vulgaire à désigner une partie de ces affections; mais nous avons pensé que ce terme devait être rejeté du langage médical, avec son amplification (dermatose dartreuse), comme une dénomination vide de sens, qui s'applique à tout et par conséquent ne signifie rien. Nous croyons bien faire en imitant l'exemple des dermatologistes anglais, qui rejettent les termes vagues de *scurvy* et de *leprosy*, termes qui correspondent à nos dénominations de *dartre* et de *lèpre*. » Ces mots de *dartre* et d'*herpétisme* qui, pour le savant auteur que nous venons de citer, sont des mots vides de sens et ne signifient rien, ont un très-grand sens au contraire, et signifient beaucoup dans la pensée de MM. Hardy et Bazin ; car ils expriment la nature même de la maladie, car ils vont au fond même de l'organisme pour en saisir l'élément générateur, en marquent la place dans l'étiologie, et y subordonnent le pronostic et la thérapeutique.

Tout pleins de l'idée de restituer aux diathèses la large part qui doit leur être faite dans l'interprétation vraiment médicale des formes extérieures des affections cutanées, MM. Bazin et Hardy ont peut-être été sévères à l'égard de l'école de Plenck, Willan, Bateman et Biett. Parmi les maîtres et les élèves les plus distingués de cette école, il en est plusieurs qui ont compris qu'on devait se servir de l'étude des lésions variées de la peau dans les affections cutanées comme d'un fil d'Ariane, pour pénétrer par la pensée dans l'intimité de la vie, et en saisir le jeu anormal, dont ces lésions sont une des manifestations. Toutefois, hâtons-nous de le dire, cette vue se perd bien vite au milieu d'une emphase graphique, au milieu de distinctions subtiles sur toutes ces manifestations locales, et qui pour des esprits superficiels aboutissent presque infailliblement à l'unique nécessité d'une thérapeutique de parfumeurs ou de banquistes.

Quoi qu'il en soit à cet égard, les deux médecins de l'hôpital Saint-

Louis s'appliquent à élargir singulièrement cette vue fort incomplète, et posent derrière tout traumatisme cutané une disposition générale innée ou acquise, une diathèse; ce sont les diathèses herpétique, scrofuleuse ou syphilitique : sans cette cause immanente au sein de l'organisme vivant, il n'y a pas d'affections cutanées proprement dites; il n'y a, en dehors des fièvres éruptives bien entendu, que des accidents éphémères qui ne méritent pas ce nom. En nous efforçant de caractériser la tendance des livres dont nous parlons en ce moment, nous ne distinguons pas l'un de l'autre les deux médecins de l'hôpital Saint-Louis. S'il était vrai, comme le disait naguère un illustre critique, que la vérité fût toute dans les nuances, en agissant ainsi pour obéir au besoin que nous avons d'être court, nous manquerions à coup sûr la vérité; car bien que MM. Bazin et Hardy se rencontrent sur les questions fondamentales, les nuances paraissent et se produisent parfois assez tranchées dans un certain nombre de questions secondaires. A saisir ces nuances et à les faire toucher du doigt au lecteur, nous aurions perdu beaucoup de temps, et nous serions exposé à dépasser de beaucoup les limites d'une simple note bibliographique; nous avons préféré, dans l'intérêt du lecteur, et aussi dans l'intérêt de notre plume, qui ne se plaît pas aux longueurs, nous contenter de bien faire saisir le grand point de vue auquel se sont placés nos deux auteurs pour élaborer leur œuvre, et qui est le même chez l'un et chez l'autre.

Toutefois, pour montrer que ces auteurs ne se sont point, dans leurs études, bornés à des généralités, qu'on nous permette de résumer succinctement les idées de l'un et de l'autre sur quelques-uns des points qu'ils nous paraissent avoir traités avec le plus de succès. Commençons par M. Hardy, puisque c'est lui dont le livre nous est tombé le premier sous la main. Après avoir développé largement, et dans un style aussi clair que rapide, les idées d'après lesquelles les maladies cutanées considérées dans leur ensemble doivent être comprises, le professeur de Saint-Louis propose la classification suivante : dans une première classe sont comprises les macules et les difformités; dans une seconde classe les inflammations : ce sont l'érythème, l'urticaire, l'herpès, l'ecthyma, le pemphigus, etc. La troisième classe a plus d'originalité : ce sont les maladies parasitaires, dont nous verrons tout à l'heure que M. Bazin s'est occupé d'une manière toute spéciale. A la quatrième classe se rattachent les fièvres éruptives, qu'à l'exemple de quelques dermatologistes nous aurions mieux aimé voir éliminées du cadre d'une nosographie cutanée, où les diathèses jouent un si grand rôle : nous dirons la

même chose, et avec bien plus de raison encore, de la classe cinquième, où il est question des éruptions symptomatiques. La sixième classe comprend la famille essentiellement naturelle des dartres, où figurent tour à tour l'éczéma, le psoriasis, le lichen, le ptyriasis. Puis viennent les septième, huitième, neuvième et dixième classes, où sont rangés les scrofulides, les syphilides, les cancers et enfin les maladies exotiques. Rien qu'à l'énoncé de cette classification, il est facile de voir que si l'auteur ne s'est pas traîné dans l'ornière des purs anatomo-pathologistes, il ne s'est pas non plus immobilisé dans l'impasse de la doctrine ancienne des diathèses : il a su, par un éclectisme raisonné, faire sortir des données de l'école ancienne et de l'école moderne un système qui embrasse sans syncrétisme aveugle tous les faits, ou presque tous les faits de la pathologie cutanée. Nous regrettons de ne pouvoir exposer, d'une manière même sommaire, la thérapeutique à laquelle cette double vue a conduit l'auteur : qu'il nous suffise d'en recommander l'étude attentive dans le livre du sagace médecin de l'hôpital Saint-Louis; nous sommes convaincu que les praticiens qui suivront ce conseil s'en trouveront bien, et verront se débrouiller à la lumière de cette judicieuse discussion bien des obscurités, qui plus d'une fois les arrêtèrent dans la pratique, si elles ne les égarèrent pas.

Nous l'avons dit déjà, sur toutes ces questions M. Bazin professe presque toujours la même doctrine que son savant collègue M. Hardy : il est donc inutile, à son propos, de revenir sur ces questions; mais, ainsi que l'indique l'en-tête de cette notice, M. Bazin a fait une étude spéciale, magistrale, des affections cutanées parasitaires : nous devons en dire au moins un mot en finissant, l'espace nous manquant pour parler de ce travail, comme il mériterait que nous le fissions. Les affections cutanées parasitaires se partagent naturellement en deux classes, dont la première, la plus intéressante et la plus étendue, comprend les affections qui sont dues à la présence des parasites végétaux; la seconde, celles qui ont leur point de départ dans l'action sur l'appareil tégumentaire externe d'un parasite animal. Il suffit de ce simple énoncé pour montrer que l'auteur entre ici dans un monde jusqu'alors peu exploré, et où il doit infailliblement faire des découvertes intéressantes. C'est ce que son livre démontre, en effet, à qui le lit attentivement. Malheureusement, sur plus d'un de ces points, pour arriver à suivre M. Bazin dans ses recherches et les vérifier au contact des faits, il faut des notions spéciales dont beaucoup manquent encore aujourd'hui; et à l'avenir seul il est réservé de prononcer en définitive sur plusieurs

des questions soulevées. Quant à M. Bazin, il a fait une œuvre éminemment progressive, en déplaçant plus d'une des questions qu'on croyait irrévocablement résolues, et en montrant qu'il y a là une inconnue dont il faut tenir compte. Nous voudrions que le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis élargît encore le champ de ses recherches, qu'il étendît son observation aux maladies épiphytiques à peine efflorées dans les travaux modernes : de là sortiraient peut-être des lumières imprévues pour éclairer le chaos étiologique des maladies épidémiques elles-mêmes. Proposer un tel objet d'étude à l'ingénieux auteur des *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, c'est lui dire implicitement en quelle estime nous tenons ses travaux antérieurs, que nous voudrions voir entre les mains de tous.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Documents pour servir à l'étude de l'action du curare. — Peu d'innovations thérapeutiques ont soulevé un plus vif intérêt que les essais du curare. La raison en est facile à comprendre : tandis que la découverte de la plupart des agents médicamenteux est le fait du hasard, l'introduction du curare dans le traitement du tétanos est le résultat de la notion expérimentale du mode d'action de cette substance toxique. Ce serait donc une conquête de plus que le rationalisme aurait à proclamer. En attendant le moment de peser les faits afin de constater ce progrès, continuons à enregistrer tous les documents qui se produisent, et qui permettront de trancher la question mise à l'étude.

La communication adressée à l'Institut par M. Brodie met en relief un point important, c'est que des animaux morts en apparence, par suite de l'inoculation du curare, ont été rappelés à la vie au moyen de la respiration artificielle. Cette curieuse expérience, répétée au Collége vétérinaire sur de grands animaux et avec le même succès, fournit un enseignement qui ne devra pas être perdu dans le cas où on viendrait à inoculer à un malade une trop forte dose de curare.

M. Brodie rappelle encore dans sa note les essais tentés au Collége de médecine vétérinaire, par le professeur Sewell, sur des animaux affectés de tétanos spontané. Témoin du relâchement complet de tous les muscles du mouvement volontaire chez les animaux empoisonnés par le curare, il eut l'idée d'essayer l'inoculation de ce poison comme traitement du tétanos, puisqu'au moyen de la respiration

artificielle il était certain de ramener à la vie l'animal empoisonné. Voici le récit des deux tentatives du professeur Sewell :

Premier cas. — *Tétanos idiopathique.* — Un cheval fut affecté d'une grave attaque de tétanos et de trismus. La bouche étant trop fortement fermée pour permettre l'introduction de toute nourriture et de tout médicament, il fut inoculé dans la partie charnue de l'épaule avec une flèche enduite de curare : en dix minutes il parut mort. La respiration artificielle fut immédiatement employée, et, au bout de quatre heures environ, l'animal revint à la vie. Il se releva, parut parfaitement guéri et mangea une grande quantité de grains et de fourrages, dont il avait été trop abondamment pourvu. La conséquence fut une extension exagérée de l'estomac, dont il mourut le jour suivant, sans avoir eu le plus léger retour des symptômes tétaniques.

Deuxième cas. — *Tétanos idiopathique.* — Un âne fut amené au Collége vétérinaire, en proie à une attaque de tétanos de la forme la plus grave. L'animal était très-amaigri, apparemment par suite d'un travail pénible et d'une nourriture insuffisante; étant incapable de marcher, on l'avait emmené dans une charrette. La maladie datait de quarante-huit heures ; le curare fut administré comme dans le premier cas, avec le même résultat. La respiration artificielle produisit le retour à la vie, environ dans le même espace de temps ; cependant l'irritation prolongée causée par la maladie avait amené un trop grand épuisement du système nerveux pour permettre, chez un sujet aussi débilité, un retour de forces suffisantes pour qu'il pût se relever. Néanmoins la maladie avait entièrement disparu, et pendant vingt-sept heures il fut capable de prendre un peu de nourriture ; à la fin de ce temps, il mourut sans avoir manifesté un seul symptôme tétanique depuis l'inoculation du curare.

A ces deux cas d'animaux affectés de tétanos spontané traités par le curare, nous pouvons en ajouter un troisième, consigné également dans les journaux anglais, mais malheureusement trop brièvement rapporté. Le professeur Harley raconte qu'il y a deux ans, il dut à l'obligeance de son collègue Varnell d'avoir pu essayer les effets du curare sur un cheval en proie à une grave attaqué de tétanos ; il ajoute que s'il ne réussit pas à guérir cet animal, il en vit néanmoins assez pour se convaincre de la valeur du remède. Il est regrettable que M. Harley n'ait pas cru devoir rendre un compte plus détaillé des circonstances de ce fait, afin de faire passer sa conviction dans l'esprit de ses confrères ; car si l'essai du curare se trouve légitimé par le mode d'action de la substance, la médecine vétérinaire en est encore à enregistrer un succès bien évident.

Enfin, un de nos savants physiologistes, M. Brown-Séquard, a rappelé un fait de médecine humaine, publié l'an dernier dans le Journal de médecine de New-York, par le docteur L.-A. Sayre.

Obs. Le sujet de cette observation est un paysan qui, onze jours avant son admission à l'hôpital, s'était blessé au pouce. Des symptômes de tétanos se montrèrent sept jours après la blessure, et, au moment de l'admission à l'hôpital, il avait des accès de spasme aux mâchoires, au cou, à la poitrine et à l'abdomen avec un peu d'opisthotonos. L'amputation du pouce n'enraya pas la marche de l'affection qui, un jour après, s'étendit aux membres inférieurs. M. Sayre crut que c'était là un cas convenable pour essayer l'influence du curare : il employa une solution aqueuse de ce poison (4 grains par once d'eau). Après une amélioration assez marquée du pouls, de la respiration et de l'état spasmodique, les convulsions redevinrent violentes, et le malade mourut dans un accès qui s'étendit au corps entier.

Tels sont les faits aujourd'hui connus de médecine humaine et comparée à l'appui de l'inoculation du curare. Les résultats ne sont pas brillants, car les trois cas de clinique vétérinaire sont des insuccès, et, des quatre observations recueillies dans nos hôpitaux, deux seulement, celles de MM. Vella et Chassaignac, sont des exemples de guérison. L'une d'elles présente une lacune regrettable ; ainsi le curare employé par M. Vella n'a pas été expérimenté sur les animaux, de sorte qu'on ignore le degré d'énergie de la substance inoculée. La rémission des accidents tétaniques éprouvés par le malade après l'administration de l'agent médicamenteux laisse supposer que le curare a agi dans ce cas.

Nous aborderons dans notre prochain Bulletin l'étude de diverses préparations du curare, suivant les contrées qui l'ont fournie, afin d'arriver, si la chose est possible, à déterminer la dose de substance qui devra être inoculée, et celle qui pourra être donnée à l'intérieur. On a contesté l'absorption du curare par la muqueuse stomacale. Or, un fait à mettre en relief, quand même il serait le résultat d'une simple coïncidence, c'est que les deux observations de guérison sont les seuls cas dans lesquels le curare a été administré à l'intérieur.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Belladone *à dose toxique dans certaines formes du choléra.* La belladone, comme on le sait, a pour effets physiologiques de diminuer les flux intestinaux et de suspendre les contractions musculaires exagérées. Ces propriétés devaient tout naturellement inspirer l'idée d'en faire l'application au traitement du choléra. Toutefois la crainte de produire des accidents toxiques a dû retenir beaucoup de praticiens à qui cette idée a pu venir. Mais les expériences récentes d'inoculation des préparations belladonées ont prouvé que ces craintes étaient, sinon chimériques, au moins exagérées. En effet, si l'on met à part certaines idiosyncrasies, l'expérience a

démontré que les malades résistent un général très-bien à l'action toxique de la belladone. Encouragé par ces faits, M. Desprès, chirurgien de Bicêtre, ayant eu l'occasion de traiter quelques cas de choléra, a eu recours avec le plus heureux succès à l'emploi de cet agent à haute dose. Appelé auprès d'un malade qui était dans un état déplorable, en proie à des vomissements, à des évacuations alvines incessantes, avec crampes, cyanose, refroidissement général, yeux flétris, et rejetant toutes les substances que l'on tentait d'ingérer dans l'estomac, M. Desprès, en présence d'un danger aussi imminent, eut l'heureuse idée d'administrer la belladone par la méthode endermique. Sur une surface dénudée par un vésicatoire, il appliqua du papier gris imprégné d'une quantité d'extrait de belladone égale à celle du cérat qu'on emploie pour faire un pansement simple. L'absorption fut tellement prompte que, à l'instant même, les phénomènes cholériques cessèrent comme par enchantement. Dès lors plus de crampes, plus de vomissements, plus de diarrhée. Les pupilles se dilatèrent, la respiration devint ronflante, et les muscles tombèrent dans la résolution complète. Progressivement la peau reprit la chaleur normale et la circulation se régularisa. Au bout de quelques minutes, jugeant le narcotisme suffisamment établi, M. Desprès enleva la belladone, recouvrit la surface absorbante d'un linge cératé, et le malade continua son paisible sommeil; deux heures après, il dormait toujours et réagissait si faiblement aux excitations; que l'on conçut des craintes sérieuses. La surface du vésicatoire fut levée, puis, dans le but de combattre les effets sédatifs de la belladone, on fit abondamment usage d'infusion de café, qui ne fut point rejetée. Durant la nuit les symptômes de dépression se dissipèrent insensiblement. Avec la disparition du narcotisme, commença la convalescence. Cette méthode de traitement nous a paru digne de fixer l'attention des praticiens. (*Gaz. des Hôpit.*, octobre 1859.)

Chlorate de potasse (*De la destruction absolue de l'odeur de gangrène au moyen du*). L'étude des désinfectants se poursuit avec une grande ardeur. En attendant le moment opportun de résumer toutes ces recherches et d'apprécier leur valeur réelle, nous continuons à enregistrer les divers essais. En voici un nouveau dû à M. Billard, de Corbigny, qui vient révéler dans le chlorate de potasse une propriété qu'on n'avait pas mentionnée, quoique ce sel ait été expérimenté dans les cas d'ulcères gangréneux de la bouche.

« Ayant été appelé à donner des soins à une personne qui, par suite d'une blessure d'arme à feu, avait un pied en partie gangrené et répandant une odeur infecte, M. Billard, suivant des idés qu'il avait émises dans de précédentes communications, fut conduit à essayer l'emploi d'un mélange composé de 1 partie de chlorate de potasse pour 9 parties de terre argileuse blanche. Ce mélange fut appliqué à l'état pulvérulent sur la partie gangrenée, et la charpie employée pour le pansement fut roulée dans la même poudre. Quelques heures après, on constatait que l'odeur, qui, auparavant incommodait beaucoup les malades placés dans la même salle, avait complétement disparu. Dans le pansement qui suivit, l'odeur, qui ne s'était point fait sentir quand on avait enlevé les premières pièces de l'appareil, ne se manifesta que lorsqu'on enleva la charpie; elle était d'ailleurs assez faible, de tout autre nature et comme ammoniacale, bien moins répugnante que l'odeur de gangrène. En substituant à l'argile d'autres poudres absorbantes, les effets furent les mêmes. Cependant un essai avec la poudre d'iris ne réussit nullement; l'odeur ne fut point atténuée ni changée en mieux.

« Sous l'influence de la poudre désinfectante, les parties mortifiées ont été éliminées assez promptement, et la plaie est au moins aussi avancée dans la voie de guérison qu'elle l'eût été, traitée à la manière ordinaire. » (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, octobre 1859.)

Croup. *Trachéotomie hâtive. Emploi du perchlorure de fer et du quinquina comme traitement consécutif.* On a beaucoup discuté pour savoir s'il valait mieux opérer hâtivement ou tardivement la trachéotomie dans le croup, et, à cette occasion, on a mis en question l'efficacité de tous les moyens de traitement internes ou topiques. Voici un fait qui met en relief la supériorité de l'opération hâtive sur l'opération tardive et qui démontre en outre l'influence salutaire du perchlorure de fer uni au quinquina sur la

marche de la maladie, après le prompt rétablissement de la respiration.

Il s'agit d'une petite fille de trois ans et demi, qui, ayant été prise de mal de gorge le 19 au soir, présentait déjà le lendemain 20 des plaques diphthéritiques sur les amygdales. Trois jours après, le 23, malgré l'emploi des moyens usités en pareil cas, vomitifs, cautérisations avec le nitrate d'argent, la toux devient croupale. (Nouvelles cautérisations : calomel à doses réfractées, frictions hydrargyriques sur le cou et potion avec 4 grammes de chlorate de potasse). Le soir, l'état de la malade empirant, un médecin appelé en consultation prescrit 25 gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau, à prendre par cuillerée à café, de dix en dix minutes. Nonobstant ce traitement, la respiration devient difficile, et le 25, M. Amussat consulté à son tour, sans attendre que l'asphyxie soit plus avancée, procède à l'opération. — Dès le lendemain, la diphthérie se montrait sur la plaie au-dessous de la canule. On reprit alors la solution indiquée plus haut, mélangée avec partie égale de sirop de perchlorure de fer ainsi composé :

Perchlorure de fer neutre..	2 gr.
Sirop simple..............	100 gr.

On donne un lavement avec la même solution. Le surlendemain 28, l'amélioration est sensible (200 grammes de sirop de perchlorure de fer pur dans les vingt-quatre heures). — Les 29 et 30, même traitement.—Le 31, on enlève la canule ; le 7 suivant, la plaie est fermée ; l'enfant parle, boit, mange parfaitement. Toutefois, comme il existe encore une plaque blanche sur l'amygdale gauche, et que les urines sont albumineuses, les consultants conseillent de badigeonner le pharynx avec la glycérine, et de faire prendre comme tonique, chaque matin, dans une tasse d'infusion de glands doux sucrée et mélangée avec du lait, une cuillerée à café de la solution suivante :

Extrait mou de quinquina...	5 gr.
Eau......................	30 gr.

Sous l'influence de cette médication, aidée d'une bonne hygiène, les manifestations locales de l'infection ont disparu, les urines sont redevenues normales et l'enfant a repris toute sa vigueur.

Est-ce au perchlorure de fer et au quinquina administrés après la trachéotomie qu'il faut attribuer le succès de cette opération et l'heureuse issue de la maladie dans ce cas, ou bien au fait seul de la trachéotomie hâtivement pratiquée ? C'est sans doute au concours de ces deux circonstances qu'il convient de faire honneur du résultat. Mais tout en faisant la part de la trachéotomie hâtive, il ne faut pas méconnaître l'influence probable du traitement consécutif, d'autant plus que des faits antérieurs autorisent cette déduction.

Voici, à ce sujet, en quels termes M. le docteur Félix Isnard, de Saint-Amand-les-Eaux, dans un travail étendu qu'il vient de publier dans l'*Union médicale,* sur le traitement rationnel du croup et de l'angine couenneuse, résume les résultats de son expérience personnelle en ce qui concerne le perchlorure de fer.

Le perchlorure de fer est, de tous les agents plastifiants ou coagulants, sans contredit le premier, et par la rapidité de ses effets et par son innocuité sur l'économie ; il a dans le croup l'action des coagulants pris à l'intérieur pour arrêter les hémorrhagies. Il agit sur les éléments fibrino-albumineux du sang qu'il rend plus plastiques, et s'oppose ainsi mécaniquement à leur sortie des vaisseaux qui les renferment. Il agit aussi, immédiatement ou après absorption, sur la muqueuse respiratoire et exerce sur elle une astriction qui n'est autre, chimiquement parlant, qu'une véritable coagulation de la trame élémentaire et qui a pour effet de s'opposer à la sortie des matériaux blancs du sang, et par suite, à la formation des pseudo-membranes. Indépendamment de cette action astringente et coagulante dans le croup, ce sel agit encore dynamiquement comme tonique. — Du mode d'action du perchlorure de fer, il est facile de déduire son mode d'administration. C'est le plus près possible du moment de l'invasion du mal que l'on doit donner ce médicament. La dose doit varier de 3 à 4 grammes, quand on ne fait que soupçonner la maladie, et s'élever rapidement de 8 à 10 grammes par jour, dès qu'il n'y a plus de doute sur sa nature. Il doit être pris dans un verre d'eau sucrée contenant de 15 à 20 gouttes de perchlorure, administré par gorgées, de cinq en cinq minutes. (*Revue de Thérapeutique*, octobre 1859.)

Déviation de la cloison du nez *par suite d'un coup de poing. — Opération. — Guérison.* Les déviations de la cloison du nez ne sont pas rares ; le plus souvent elles ne consti-

tuent qu'une simple difformité, et ne réclament alors que quelques soins de peu d'importance; mais quelquefois elles vont jusqu'à gêner la respiration et rendre même le passage de l'air impossible par les fosses nasales; il est urgent alors d'intervenir chirurgicalement. Il serait difficile de déterminer d'avance, dans ce cas, le genre d'opération à faire et le procédé opératoire à mettre en usage, tout étant subordonné à la forme et au degré de la déviation. Dans un cas de déviation de la cloison en S tellement prononcée que la respiration par le nez était devenue tout à fait impossible, Blandin eut l'idée, il y a un assez grand nombre d'années déjà de cela, de faire construire un emporte-pièce, à l'aide duquel il fit dans la cloison des fosses nasales une large trouée, qui permit à l'air de passer d'une narine dans l'autre. Un cas de ce genre s'est présenté récemment à M. Demarquay, à la maison municipale de santé, et a nécessité une opération beaucoup plus importante. La conduite qu'a tenue M. Demarquay dans cette circonstance pouvant servir de guide dans des circonstances semblables, nous croyons devoir exposer ce fait avec quelques détails.

Un jeune homme, âgé de vingt ans, se battant avec un de ses camarades, reçut sur le nez un violent coup de poing qui amena une abondante hémorrhagie et une déviation considérable du nez à gauche, avec impossibilité de respirer par la narine de ce côté. Ce jeune homme éprouvait, par suite de cette déviation, un sentiment de gêne extrême, qui l'avait déterminé à réclamer des soins. En l'examinant, on constatait que la narine gauche était presque complétement bouchée par la saillie du cartilage médian. La narine droite n'était point sensiblement augmentée; le nez était très-épaté et incliné à gauche. Après avoir réfléchi aux divers procédés à l'aide desquels il pourrait arriver à désobstruer la narine de ce jeune homme, M. Demarquay se décida à pratiquer l'opération suivante : il fit sur la ligne médiane du nez une incision qui, partant du dos de cet organe, arrivait sur la lèvre supérieure. Le premier temps de l'opération séparait les deux cartilages latéraux du nez et conduisait sur le cartilage médian. Une fois ce premier temps accompli, M. Demarquay disséqua à gauche la muqueuse de revêtement du cartilage qui remplissait la narine, et lorsque toute la partie saillante de ce cartilage fut ainsi découverte, il enleva, en coupant d'arrière en avant, tout ce qui gênait la narine et empêchait la respiration de s'accomplir. Cela fait, on réunit par des points de suture le lobule du nez divisé, et le malade guérit parfaitement. Le nez s'est redressé et la respiration s'est rétablie du côté gauche comme du côté droit. La réunion se fit par première intention, et au moment où ce jeune homme quitta l'hôpital, il n'y avait plus de trace ni de l'accident primitif, ni de l'opération à laquelle il avait donné lieu. (*Gaz. des Hôpit.*, octobre 1859.)

Electricité *pour combattre la constipation opiniâtre.* M. le docteur Clemens, de Francfort-sur-le-Mein, fait usage de l'électricité dans les cas de constipation opiniâtre. Voici comment il opère : le pôle positif, sous forme d'une petite boule d'argent, est placé à la hauteur de la valvule de Bauhin; le pôle négatif aboutit à l'abdomen, vers le milieu du côlon descendant. A la première séance, le patient essuie cinq ou six décharges électriques; tous les jours, les séances doivent augmenter en durée, et les décharges électriques en puissance. Le docteur Clemens, se fondant sur ce que ce moyen augmente la force et la rapidité des mouvements péristaltiques, croit pouvoir l'utiliser avec avantage pour surmonter les constipations provenant d'un rétrécissement intestinal. — L'expérience est encore à faire sur ce dernier point, mais elle était faite déjà pour la constipation ordinaire, indépendante d'une lésion organique de l'intestin. Nous avons souvenir, entre autres communications sur ce sujet, d'une note publiée, il y a plusieurs années, par M. le docteur Abeille, et qui établissait les bons effets de ce genre d'application de l'électricité. (*Presse méd. belge* et *Deutsche Klinik*, août 1859.)

Iodure d'ammonium *dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.* Depuis longtemps les médecins anglais emploient l'iodure d'ammonium en pommade dans le traitement des engorgements glandulaires. Le docteur Richardson, qui a expérimenté ce médicament à l'infirmerie royale de Londres, regarde l'action thérapeutique de cet agent comme analogue à celle de l'iodure de potassium, avec cette différence, même toute en sa faveur, que ses effets sont plus prompts

ment appréciables. Cette assertion du médecin anglais a engagé M. Gamberini, de Bologne, qui, comme on le sait, a déjà introduit dans la thérapeutique l'usage de l'iodure de sodium, à essayer l'iodure d'ammonium dans le traitement de la syphilis. Le succès paraît avoir répondu à son attente chez quatorze malades qui ont été soumis à cette expérimentation. Nous regrettons de n'avoir pas sous les yeux les détails de ces observations ; à défaut, nous reproduirons, sous toutes réserves toutefois, les corollaires que M. Gamberini a cru pouvoir déduire de l'ensemble de ses expériences thérapeutiques.

1° L'iodure d'ammonium, dit encore ammoniure d'iode, hydriodate d'ammoniaque, iodure ammonique, est indiqué dans tous les cas où l'on emploie l'iodure de potassium ou de sodium.

2° L'iodure d'ammonium amène une guérison rapide.

3° La dose du médicament a été portée depuis 2 jusqu'à 16 grammes (de 10 à 80 centigrammes) par jour. En général, il a suffi d'une dose moins élevée que cette dernière pour obtenir la guérison. L'intolérance n'a eu lieu qu'exceptionnellement.

4° L'usage externe de cet iodure en frictions (15 centigrammes pour 30 grammes d'huile d'olive) a aidé à faire disparaître les douleurs syphilitiques nocturnes des muscles ou des articulations.

5° Les deux phénomènes qui ont indiqué l'intolérance de cet iodure administré intérieurement sont : sentiment de brûlure dans le gosier et d'ardeur dans l'estomac, qui ont cédé rapidement après la suspension du médicament pendant un ou deux jours.

6° M. Gamberini a vu se dissoudre, sous l'influence de l'usage interne de ce médicament, les indurations consécutives au chancre guéri cicatrisé, et les pléiades ganglionnaires indurées du pli de l'aine.

7° Les maladies syphilitiques qui ont été guéries par cet iodure sont l'arthralgie, les douleurs rhumatoïdes, les périostoses, les ganglions des aines, les ganglions cervicaux et une syphilide papulo-vésiculeuse du dos (*Presse méd. belge*, octobre 1859.)

Orchite catarrhale. Tout le monde sait que les oreillons se manifestent quelquefois comme symptômes concomitants de certaines affections fébriles épidémiques. On sait aussi que les oreillons sont souvent accompagnés ou suivis d'un engorgement testiculaire de même nature, qui a été considéré jusqu'à présent par la plupart des auteurs classiques comme un phénomène métastatique. Dans les relations d'épidémies de fièvres catarrhales avec engorgement des parotides, on voit, en effet, l'engorgement testiculaire signalé comme succédant le plus ordinairement à la parotide ; mais on n'a que très-exceptionnellement constaté dans ce cas la manifestation de l'orchite d'emblée. Aussi lira-t-on avec intérêt l'exposé des faits suivants, rapportés par M. le docteur Desbarreaux-Bernard, de Toulouse.

Pendant le cours d'une épidémie de fièvres catarrhales, alors que les oreillons donnaient à la maladie régnante un cachet particulier, on vit survenir tout à coup un certain nombre d'orchites. L'engorgement testiculaire avait été précédé chez tous ces malades des symptômes de l'affection régnante : courbature, fièvre, inappétence, empâtement de la langue, constipation ou diarrhée, etc. Les phénomènes locaux étaient les suivants : 1° douleur en général peu vive, et bien loin de présenter l'intensité et le caractère térébrant de l'orchite blennorrhagique, ne consistant le plus souvent que dans un sentiment de gêne et de pesanteur qui s'irradiait dans les aines ou vers le périnée ; 2° gonflement modéré, mais offrant cela de remarquable qu'il affectait plutôt la forme globuleuse que la forme ovoïde, caractère qui avait son importance au point de vue du diagnostic différentiel ; 3° les autres phénomènes de l'inflammation, la chaleur et la rougeur, étaient à peine accentués.

Ces orchites se sont produites sur des individus d'âges très-différents (depuis douze jusqu'à soixante ans). Un phénomène digne de remarque, c'est qu'un seul des malades observés par M. Desbarreaux-Bernard a eu un peu de tuméfaction préalable des parotides. Enfin, à l'exception de deux malades venus du dehors, tous les individus qui ont été atteints d'orchite étaient dans les salles depuis longtemps et se trouvaient placés sous le coup d'affections diathésiques graves, ou étaient en convalescence de maladies sérieuses.

Ce fait est intéressant sous plusieurs points de vue. On sait que les auteurs étaient à peu près unanimes jusqu'ici pour considérer l'orchite catarrhale

comme un phénomène métastatique, l'engorgement testiculaire succédant en effet le plus souvent aux oreillons. Or, en présence de ces faits, l'idée de métastase n'est plus admissible. L'engorgement testiculaire était évidemment lié ici directement à l'état fébrile général, au même titre que l'engorgement des parotides dans les circonstances semblables. D'un autre côté, il importe de connaître cette relation directe possible entre l'orchite et les affections fébriles catarrhales, afin de ne pas confondre ces engorgements avec des orchites d'une origine différente et de ne pas s'exposer à diriger un traitement au moins inutile, sinon même dangereux, contre un accident symptomatique qui ne réclame que des moyens simples et qui se dissipe même le plus souvent de lui-même avec l'état général auquel il est lié. (*Journ. de méd. de Toulouse*, août 1859.)

Paraplégie nerveuse, *guérie instantanément sous l'influence d'une impression vive*. Il n'est pas toujours aisé de distinguer de prime abord une paraplégie nerveuse ou dynamique d'avec une paraplégie résultant d'une affection inflammatoire ou organique de la moelle. Ce sont les résultats seuls du traitement qui permettent quelquefois de porter ce diagnostic tardif. Cependant il est des cas où, vu la mobilité des phénomènes morbides et la succession des symptômes qui ont précédé la paraplégie, il est aisé d'affirmer que l'on a affaire à un simple trouble dynamique de l'innervation. Une commotion morale, une impulsion nerveuse, vive, suffisent quelquefois alors pour amener du même coup la guérison et la solution du diagnostic aux yeux de ceux qui auraient pu hésiter encore. C'est ce qui est arrivé dans les cas suivants, où l'impression morale vive, causée par une application très-superficielle du fer rouge sur la région lombaire, a suffi pour amener la guérison.

Une jeune fille de treize ans est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le service de M. le docteur Bouchut, atteinte d'une affection nerveuse protéiforme qui avait commencé par une névralgie intercostale et fini par la paraplégie. C'est à l'âge de huit ans qu'elle avait eu d'abord sa névralgie intercostale, puis, un peu plus tard, en voyant des personnes de sa famille se trouver mal, elle eut comme elles des syncopes. A l'âge de dix ans, il lui survint de la contracture des membres inférieurs avec demi-flexion des cuisses, sans maladie articulaire, sans fièvre, le tout se prolongeant pendant un mois; puis, enfin, trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'accidents particuliers dans la coordination des mouvements volontaires des membres inférieurs. Cet enfant ne présentait d'ailleurs aucun signe de chlorose, ni d'hystérie; elle accusait de l'engourdissement, des fourmillements dans les jambes, et pouvait à peine se tenir debout; la marche, à plus forte raison, était impossible.

M. Bouchut, ne voyant là qu'un cas de nervosité, n'hésita pas à annoncer qu'il suffirait d'une commotion morale pour faire cesser cet état. Il se décida à recourir chez elle à l'application d'un bouton de feu, plutôt dans un but terrifiant que dans l'intention de produire une révulsion; ce devait être à ses yeux une révulsion morale. La malade étant debout, soutenue par des aides, et la région dorsale mise à nu, un fer chauffé au rouge cerise fut appliqué très-superficiellement sur cette région. A peine ce contact a-t-il été senti, que l'enfant s'est dérobé à l'action du feu; et poursuivie par la main qui tenait le fer, elle a marché sans soutien et s'est tenue debout toute la journée. Le lendemain, il ne restait plus de cette paraplégie qu'un peu d'embarras dans la marche. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq* octobre 1859.)

Pneumonie *syphilitique* (*Exemple de*). Il manque sans doute plus d'un trait de la description classique de la pneumonie dans l'observation que nous allons reproduire, mais elle n'en mérite pas moins d'être mise sous les yeux du lecteur comme exemple d'une affection qui est bien rarement tributaire de la syphilis, et dont, par cela même, la guérison à l'aide des spécifiques peut devenir pour les praticiens un enseignement fort utile.

L'auteur, M. O'Connor, dit avoir choisi ce cas parmi six ou sept à peu près analogues, existant au *Royal free Hospital* de Londres. Un homme de trente-cinq ans, reçu dans cet établissement vers le milieu de juillet, avait eu une éruption papuleuse cuivrée, encore visible sur le dos et les épaules. Lors de son entrée, il offrait des signes physiques de la pneumonie; matité étendue et considérable, ainsi que résonnance forte et distincte des deux côtés. Dyspnée prononcée quoi-

que pas autant que dans la pneumonie ordinaire. Toux fréquente sans expectoration, prostration, pouls faible, à 106. Le traitement consista en vésicatoires sur la poitrine, 25 centigrammes d'iodure de potassium par jour, du 25 au 28 juillet, et 20 centigrammes de mercure associé à la ciguë. Le 2 août, on donna trois fois par jour 5 centigrammes de protoiodure de mercure que l'on continua jusqu'à salivation. Alors, on revint à l'iodure de potassium. Cet homme avait un testicule syphilitique, et sa voix était devenue raoque. La maladie thoracique céda promptement. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon*, octobre 1859.)

Polyurie. *Efficacité des ferrugineux.* On a conseillé et essayé l'emploi des ferrugineux dans le traitement du diabète sucré, mais les résultats connus jusqu'à présent ne sont ni assez concluants ni assez nombreux pour permettre d'apprécier convenablement la valeur de cette médication dans ce cas. Un médecin belge, M. le docteur Decbrey, l'a essayée dans le diabète non sucré, ou la simple polyurie, et, bien qu'on ne puisse non plus sur ce seul fait établir la preuve bien décisive de son utilité, nous n'en croyons pas moins devoir faire connaître le résultat obtenu, ne fût-ce qu'à titre d'indication.

Un soldat, âgé de vingt-quatre ans, détenu, d'une constitution moyenne, tempérament lymphatique, plusieurs fois atteint de fièvre palustre, a vu, depuis deux ans, augmenter considérablement la quantité de ses urines. Il rend 25 litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Cette urine est claire, très-pâle, sans odeur; sa pesanteur spécifique est de 1001; elle est neutre, ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, ni par l'ammoniaque. Le réactif de Tronchery n'y décèle aucune trace de glycose. La quantité de boissons prises n'est pas aussi grande que celle de l'urine. L'embonpoint est assez bien conservé. Les fonctions importantes se font bien; on note seulement que la salive est rare et épaisse, la bouche pâteuse, la peau sèche et très-sensible à l'impression du froid. L'analyse chimique montre que l'urée a conservé son chiffre normal, et qu'il y a seulement diminution relative des principes solides de l'urine. Quant aux traitements subis jusqu'alors, ils ont consisté : 1° dans l'absence la plus complète possible des boissons, à l'exception du vin et de la bière donnés aux repas; 2° dans l'usage du quinquina et de la portion pour régime. Ces moyens étaient restés sans effet. — M. Decbrey prescrivit à ce malade le fer réduit par l'hydrogène, 2 grammes, divisés en huit paquets, en poudre, deux par jour à chaque repas. Au bout de deux mois, la quantité d'urine était diminuée de moitié, et la soif devenue modérée. L'affection restant alors pendant trois semaines dans ces limites, on passa aux préparations martiales solubles (nitrate de fer à la dose de 0,40 gram. par jour en sirop). Après un mois et demi, l'excrétion urinaire avait encore subi une diminution notable : au lieu de quatre vases de nuit, le malade n'en remplissait plus que trois (10 litres et demi) dans les vingt-quatre heures. — Le traitement dut être suspendu, le malade ayant obtenu sa grâce. — Il est regrettable que cette circonstance n'ait pas permis de s'assurer de la guérison définitive. (*Archiv. belg. de méd. milit.* et *Gaz. méd. de Paris*, septembre 1859.)

VARIÉTÉS.

Urano-prothèse simplifiée.

Il y a dix années déjà que, à propos d'une communication faite à la Société de chirurgie, par M. Gariel, sur les services que le caoutchouc pouvait rendre à la pratique, nous avons décrit et figuré tous les appareils qui avaient été créés par ce sage confrère. Afin de montrer la variété des indications que pourrait remplir cette substance, nous avons donné les dessins d'un essai d'obturateur vu en place, de profil et par sa face inférieure (t. XXXVII, p. 551 et 555). Depuis, nous n'avons pas eu l'occasion de revenir sur ce petit appareil, et nous sommes heureux de trouver dans un des derniers feuilletons de la *Ga-*

zette médicale de Lyon le récit des services que les obturateurs en caoutchouc sont appelés à rendre. Avant de reproduire la partie de la note dans laquelle M. Diday rend compte de ses observations cliniques, posons une limite à l'essai de ces sortes d'obturateurs, car toute médaille a son envers. Lorsque la perte de substance de la voûte palatine est récente et que le sujet est jeune, l'usage du caoutchouc nous paraît devoir être proscrit. L'axe qui réunit les deux plaques nasale et buccale s'opposerait au retrait de l'ouverture palatine, et dans ce cas les plaques métalliques bien faites, sur lesquelles M. Nélaton appelait l'attention de ses auditeurs, nous paraissent mieux indiquées. Cette réserve faite, nous laissons la parole au sagace rédacteur en chef de la *Gazette de Lyon :*

L'Art dentaire vient de nous initier à toutes les merveilles dont l'industrie est capable pour effectuer l'obturation palatine. Mais la réalisation de ce but n'est pas demeurée le privilége exclusif des princes de la mécanique. Sans recourir à ces appareils luxueux, dont il est juste qu'ils gardent le secret, puisqu'eux seuls savent les fabriquer, chaque praticien a entre les mains le moyen de remplir, à moins de frais et avec une perfection presque égale, la même indication. Pour ma part, quelque exigeant que l'auditoire du professeur Nélaton ait sans doute été rendu par l'intéressante exhibition accomplie à l'honneur de M. Préterre, j'affronterais sans crainte le péril d'une comparaison; car ce ne serait pas seulement le posage et le mécanisme de l'obturateur, mais bien aussi sa confection que je me ferais fort de démontrer en moins de trois minutes aux élèves de mon ancien collègue et toujours si gracieux ami.

Moins de trois minutes, ai-je dit. Moins de trois centimes, pourrais-je ajouter : car le bas prix de la matière le dispute seul à la simplicité de l'appareil. La perforation palatine étant mesurée, prenez une lame de caoutchouc vulcanisé, de ce plasma créateur que l'ingéniosité de M. Gariel a mis aux mains de tous les chirurgiens. Taillez-en deux disques ayant la forme de la perte de substance, mais plus larges qu'elle de quatre à cinq millimètres; superposez ces disques; retenez-les fixés ensemble par un point de suture qui les unisse à leur partie centrale. Vous avez ainsi le *double bouton de chemise* de Dupuytren ; mais double bouton souple, flexible, s'enroulant de manière à pouvoir être aisément glissé par n'importe quelle fente ; puis, une fois placé, se déployant de lui-même de façon à reprendre sa dimension primitive. Il offre ainsi le triple avantage d'une élasticité, condition de l'obturation exacte,— d'une mollesse qui supprime toute sensation pénible, —et enfin d'une *mouléabilité* qui permet au médecin d'improviser l'appareil sur un même patron pour tous les malades, quelques différences qu'ils présentent sous le rapport de la situation, de la forme, du contour de l'ouverture anormale, ainsi que sous celui des portions plus ou moins considérables de la cloison qui ont survécu à la perforation palatine.

Je croirais manquer de respect envers ceux à qui je dois tant de reconnaissance, envers mes chers lecteurs, si j'entreprenais de leur décrire en détail le *placement* de l'instrument. Saisir entre les mors d'une pince la plaque destinée à occuper les fosses nasales ; puis l'insinuer dans le trou, ainsi roulée sur elle-même, en la présentant d'abord par une de ses extrémités..., ceci se comprend à demi-mot, et ceci suffit ; car, à peine la plaque nasale logée, elle s'étale à la place qu'elle doit garder, et tout est terminé.

Depuis que M. Gariel me donna l'idée de ce petit instrument, je l'ai appliqué un nombre assez considérable de fois, et cela sans jamais avoir trouvé la réalité

au-dessous des promesses de l'inventeur. Pour les petites pertes de substance, il remplit parfaitement l'indication, tel que je viens de le décrire. On peut même le simplifier encore. Pas n'est besoin, en effet, que la plaque nasale représente un disque plein. Découpez-la en quatre branches, en forme de *croix* : elle n'en aura que plus de légèreté, sans rien perdre de son ressort. Un de mes jeunes clients a même poussé la réduction plus loin. Comme la perforation, chez lui, est limitée en avant par une portion de cloison restée intacte, il a supprimé de la *croix nasale* la branche antérieure, laquelle n'aurait servi à rien qu'à aller s'arc-bouter contre le bord de la cloison ; et les deux branches latérales ainsi que la postérieure suffisent parfaitement pour retenir l'appareil en place.

Mais d'autres besoins nécessitent parfois un perfectionnement différent. J'ai eu, chez certains malades, à boucher de *vastes* pertes de substance, à *bords amincis*. Dans de pareilles conditions, l'appareil précédent serait impuissant ; car il faut alors, pour que la communication entre les narines et la bouche soit complétement interceptée, que les plaques nasale et buccale du double bouton soient *attirées* l'une vers l'autre avec une force très-considérable ; sans cela, l'air, la salive, les mucosités et les aliments, liquides ou solides, trouveraient toujours moyen de s'insinuer sous les plaques pour passer de l'une des cavités dans l'autre. Or, le fil qui unit ensemble, comme je l'ai dit, les deux disques de caoutchouc, ne saurait remplir ce but, puisqu'il est pour eux un moyen d'union, mais non d'attraction.

C'est encore le caoutchouc qui m'a servi à lever cette difficulté; mais le caoutchouc brut, tel qu'on le trouve chez les papetiers, en blocs cuboïdes, comme article de bureau, destiné à effacer les marques du crayon. L'un de ces blocs étant donné, je commence par le tailler en forme de plaque dont les dimensions répondent à celles de la perte de substance. Mais je laisse à cette plaque une épaisseur de 7 à 8 millimètres. Alors, avec un couteau bien aiguisé, je la refends selon son épaisseur, de manière à la dédoubler, mais à ne la dédoubler que dans sa circonférence. La partie centrale est respectée ; c'est elle qui doit constituer la tige du double bouton. Toutefois cette tige — c'est là le point important— n'a pas, en réalité, d'existence. Elle n'apparaît à l'état de tige, elle n'offre une longueur appréciable que lorsqu'on la distend en écartant les deux plaques l'une de l'autre.

Donc, quand ces plaques, après avoir été écartées pour être mises en place, sont ensuite abandonnées à elles-mêmes, elles tendent à se rapprocher avec une force considérable ; et c'est justement cette force qui, employée à les faire presser sur les bords de l'ouverture anormale, donne toute la perfection désirable à l'oblitération de celle-ci.

On comprend que le placement de cet appareil offre un peu plus de difficultés que celui du précédent. Maintenir enroulée, pour l'introduire dans les narines, une plaque assez épaisse et qui est fortement adhérente à la plaque adjacente, exige quelque dextérité et non moins de patience. Le chirurgien devra donc, les premières fois, y mettre la main lui-même (et je dois notamment lui recommander de ne point huiler les plaques, ce qui serait loin de faciliter le succès de l'opération): Mais bientôt le client prend l'habitude de cette manœuvre et l'exécute fort aisément.

Parmi les malades que j'ai pu rendre ainsi aux douceurs de la vie sociale, je conserve plus notamment le souvenir de deux honnêtes ouvriers, un tailleur et un verrier, désolés de leur infirmité, mais hors d'état de recourir au luxe de

la prothèse métallique. Leur perforation, ovalaire et médiane, comme cela est le plus fréquent, ne mesurait pas moins de 5 centimètres, et 3 centimètres et demi, dans le sens antéro-postérieur. Nul son humain ne sortait de cette bouche-cloaque, de ces doubles cavités condamnées à un perpétuel échange de détritus putrescibles et de mucosités nauséabondes. Avec l'obturateur élastique, ils furent, en moins de rien, transformés, rendus méconnaissables, soit à leurs yeux, soit surtout à l'oreille d'autrui.

Voilà quatre ans que, chez eux, l'appareil fonctionne, sans avoir besoin d'être renouvelé plus d'une fois tous les six ou huit mois. La propreté est entretenue par des injections quotidiennes d'eau chlorurée, faites en glissant le bec d'une petite seringue sous le bord de la plaque buccale : le liquide détersif passe ainsi de la bouche dans le nez. La certitude de trouver partout à se confectionner un nouvel appareil, et de pouvoir le placer eux-mêmes dès que l'ancien est détérioré, ne contribue pas peu à assurer leur tranquillité morale.

La reconnaissance qui, plus que la nécessité, ramène de temps en temps chez moi ces braves gens, me permet d'ajouter à leur histoire un dernier trait assez inattendu sans doute. Se trouvant restitués à toutes les aptitudes que comporte la vie sociale, ils ont fini par se marier, et n'ont pas eu jusqu'ici, à ce qu'il paraît, à regretter ce parti. Leurs femmes, me jurent-ils, en seraient même encore à s'apercevoir de l'infirmité qu'ils portent!... Certes, avec quelque prudence et un peu plus de réserve, la chose n'est point impossible. Pourtant, j'hésiterais à m'en porter garant sur la simple assertion des maris ; et j'aime mieux terminer brusquement que de rien affirmer avant d'avoir entendu, et de leur propre bouche, le témoignage des principales intéressées. P. Diday.

Le corps médical de Paris a un nom de plus à inscrire sur la table de ses silencieux martyrs. Comme Valleix et tant d'autres, M. Gillette vient de succomber à une angine couenneuse contractée près d'un de ses petits malades. Médecin de l'hôpital des Enfants, médecin du lycée de Louis-le-Grand et du bureau de bienfaisance, M. Gillette était surtout estimé par son grand caractère et son savoir aussi profond que modeste.

Le Conseil général de l'Aveyron, sur la proposition de M. le docteur Bourguet (de Rodez), vient de voter une somme de 200 francs destinée à récompenser la recherche et la découverte d'un cas de cow-pox. Déjà, en 1854, sur la proposition de ce zélé confrère, une somme semblable avait été allouée, et deux ans plus tard, en 1856, cette somme recevait sa destination. Il serait à désirer que chaque Conseil général votât une prime afin d'inciter à la recherche de la pustule vaccinale sur la vache ; ce serait le moyen le plus puissant de s'opposer à l'affaiblissement du précieux virus.

La première assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la France doit avoir lieu le dimanche 30 octobre, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

S. M. l'Empereur a nommé présidents des diverses sociétés de prévoyance des arrondissements : de Laon, M. Lejeune ; de Saint-Quentin, M. Bourbier ; de Bourges, M. Lhomme ; de Clermont-Ferrand, M. Bertrand.

Le jury du concours pour les prix à décerner aux élèves internes se compose de MM. Gendrin, Guéneau de Mussy, Pidoux, Demarquay, Broca, titulaires; Hérard et Monod, suppléants.

La Société médico-pratique de Paris, dans sa séance du 24 de mois, a mis au concours la question de prix suivante : « De l'eczéma. » Les concurrents devront insister sur l'historique, l'étiologie et principalement sur le traitement de cette maladie, en s'appuyant sur des faits nombreux et bien observés. La valeur du prix est de 500 francs. L'auteur du mémoire couronné aura droit à cent exemplaires de son travail, pourvu que ce travail n'excède pas trois feuilles d'impression. Le mémoire est en outre inséré dans le Bulletin de la Société. Les mémoires écrits en français ou en latin devront être adressés *franco*, et suivant les formes académiques, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville, à Paris. Ils devront lui être parvenus avant le 31 décembre 1861.

La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a mis au concours la question suivante : « Dissertation physio-pathologique et thérapeutique du *scoliosis.* » La Société désire surtout des recherches détaillées sur l'action des muscles qui peuvent déterminer la scoliose, comme de ceux qui, opposés aux premiers, peuvent corriger la direction de la colonne vertébrale. Ensuite, elle veut être fixée sur les divers mouvements, actifs et passifs, nécessaires à faire agir les muscles dans le mode indiqué en dernier lieu et sur la manière dont l'action de ces muscles peut être excitée par l'électricité. Prix : une médaille d'or de 50 ducats (environ 360 francs). Les mémoires devront être adressés franco, avant le 1er mai 1861, à M. Tilanus, secrétaire général de la Société à Amsterdam.

Le savant conseiller Boutowski a eu l'heureuse idée d'imposer en Russie les mauvaises choses. C'est ainsi qu'au lieu d'interdire les allumettes phosphoriques ordinaires, causes de tant de sinistres, et de recommander les allumettes de phosphore amorphe, qui sont sans danger, il a déclaré un impôt de trois kopeks par boîte des allumettes anciennes. Pour obliger les étameurs de glaces à se servir d'argenture, il a fortement imposé les glaces étamées au mercure. Le cirage à l'acide sulfurique, qui brûle et durcit le cuir au bout de peu de temps, est imposé, tandis que le cirage à la glycérine ne l'est pas. C'est là une manière d'entendre la liberté du commerce, profitable à l'Etat et au consommateur.

M. Lebert, professeur de clinique médicale à l'université de Zurich depuis 1852, auteur de travaux estimés sur la physiologie et l'anatomie pathologique, vient d'être appelé à occuper la même chaire à l'université de Breslau, où il remplacera le professeur Frerichs.

Une commune de la Meurthe, dont la population est de 2,500 âmes, a voté une subvention de 500 francs en faveur d'un deuxième médecin qui viendrait s'y établir ; de nombreux villages avoisinent la localité. MM. les docteurs à qui cette position conviendrait peuvent s'adresser au secrétariat de la Faculté de Strasbourg.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'analyse médicale.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale, par M. Teissier, professeur à l'École de médecine de Lyon.

Je me propose, dans cette leçon, de démontrer l'importance et l'utilité de l'analyse appliquée à la médecine clinique, c'est-à-dire de la méthode qui consiste à décomposer les maladies et leurs éléments constitutifs, afin d'arriver au diagnostic le plus sûr, et aux meilleures indications thérapeutiques.

Peu de sujets sont dignes, au même degré, de l'attention des jeunes gens qui se préparent à la pratique de la médecine, et de l'intérêt des médecins eux-mêmes. Je n'en connais pas qui initient mieux l'élève à l'observation des malades, et qui résument mieux, dans l'esprit des hommes qui savent déjà, les notions qu'ils ont acquises.

Il y a bien peu de maladies simples : la plupart sont composées d'éléments multiples, sous le rapport des lésions matérielles, comme sous celui des troubles fonctionnels qui les constituent.

En chirurgie, il est vrai, on rencontre quelques maladies simples ; mais en pathologie médicale, on a rarement l'occasion d'en observer. Une migraine, une névralgie, un accès de fièvre ou une convulsion, qui paraît, au premier abord, un fait simple, n'en est pas moins presque toujours un fait compliqué ; à plus forte raison en est-il ainsi du rhumatisme, des fièvres muqueuse, typhoïde ou éruptive, de la pneumonie, des hydropisies, de la phthisie, et enfin de toutes les autres maladies qui entrent dans le cadre pathologique.

Pour se faire une idée exacte des faits morbides, qui sont ainsi presque toujours des faits multiples ou des faits compliqués, il faut de toute nécessité les décomposer en faits plus simples, c'est-à-dire les analyser.

Sans cette analyse, il est impossible de comprendre la nature des phénomènes, de se rendre compte de leurs effets combinés, de leur gravité relative, ni de déterminer les indications de traitement que réclament ces entités morbides.

Quand on aborde pour la première fois l'étude clinique, alors même qu'on est déjà initié à la pathologie, c'est-à-dire à la connaissance théorique des espèces et des variétés morbides, on a en général sur les maladies des idées erronées : en effet, on est disposé

à croire que les maladies sont constituées par des êtres introduits ou nés dans l'économie, ayant une existence et un développement parfaitement déterminés, offrant des caractères distincts, toujours identiques, pouvant se classer avec une méthode rigoureuse, comme les êtres dont s'occupe l'histoire naturelle, et ne cédant la place qu'à des moyens capables de les chasser ou de les détruire, et qui ont par conséquent sur eux une action directe et spéciale, d'où leur serait venu le nom de *spécifiques*.

Cette manière d'envisager les maladies est séduisante ; elle peut s'appliquer, avec une certaine justesse, aux affections contagieuses, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, la peste, la syphilis, aux maladies parasitaires, comme la teigne ou les vers intestinaux, et même aux diathèses ; mais cette vue de l'esprit devient fausse et dangereuse, du moment qu'on veut l'appliquer sans exception à toutes les maladies.

L'analyse seule peut nous éloigner de cette erreur et de ce danger; seule, elle nous apprend à voir dans les maladies des lésions de tissus ou des désordres fonctionnels diversement combinés, et qu'il faut prendre isolément en considération.

Mais c'est surtout quand il s'agit de porter un jugement sur la nature du mal, de donner à ce mal un nom, d'assigner le siége de la lésion ou des lésions, quand il y en a, l'enchaînement et le rapport des symptômes; c'est, enfin, quand il s'agit de tirer des inductions thérapeutiques, que l'analyse rend les plus éminents services.

Au milieu des phénomènes si variés et si complexes qu'offrent souvent les maladies ; en présence des systèmes contradictoires qui existent dans la science, pour l'interprétation des faits morbides; dans l'embarras du choix à faire entre les mille moyens de traitement que l'art possède, et qui, malgré une opposition fréquente, ne se recommandent pas moins par le patronage des plus grandes autorités magistrales, l'observateur éprouve une sorte de confusion et de vertige, s'il n'a pour se guider, au milieu des écueils qui l'entourent, une boussole qui lui permette de marcher avec certitude vers le but qu'il doit atteindre. Cette boussole, c'est l'analyse, qui, en apprenant à décomposer les entités morbides, absolument comme la chimie décompose les minéraux, fait connaître la véritable nature des phénomènes pathologiques, leurs réactions réciproques, leur valeur relative et les diverses indications de traitement qui s'y rapportent.

C'est l'analogie qui montre ce que les diverses théories médicales ont de vrai ou de faux, et qui permet à l'esprit de s'orienter au

travers des doctrines vitalistes, organiciennes, chimiques, mécaniques, ontologistes ou autres, sans crainte de s'égarer, et même avec la certitude d'un riche butin.

Mais l'application de l'analyse est loin d'être toujours facile; elle exige, au contraire, beaucoup d'attention et de dévouement. Le but que je me propose aujourd'hui est précisément de faciliter cette tâche, et, en ayant soin de débarrasser la question de toutes les considérations métaphysiques dont on l'obscurcit souvent, d'établir avec clarté les principes d'une bonne méthode analytique appliquée à la médecine clinique, laquelle vit surtout de faits et non d'idées abstraites.

On peut faire l'analyse d'une maladie de plusieurs manières.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la médecine ont cherché à faire l'analyse des maladies ; mais ils ne se sont pas placés au même point de vue.

Ainsi les uns, comme Thémison, Brown et Broussais, ont pris pour base de leur analyse la théorie de la formation des maladies ; les autres, comme Sauvages et Pinel, la distinction des maladies d'après les différences offertes par les symptômes ; ceux-ci, avec Barthez et Dumas, prennent pour but dans l'analyse les actes constitutifs de la maladie; ceux-là, avec F. Bérard, Rouzet, M. Quissac et la plupart des médecins de Montpellier, les états morbides des affections simples qui entrent dans la combinaison des faits pathologiques ; d'autres enfin, comme M. Forget, tous les symptômes qui peuvent impliquer une indication thérapeutique.

Nous ne voulons pas entrer dans un examen détaillé des méthodes suivies par chaque maître; cette exposition aurait l'inconvénient d'être inutile et d'obscurcir le sujet assez difficile par lui-même que nous avons à traiter. Nous croyons devoir aussi passer sous silence, d'une part les analyses fondées sur les théories pathogéniques comme étant purement hypothétiques et pouvant conduire à l'erreur, et d'autre part les analyses dans lesquelles on fait jouer un grand rôle aux modifications primitives de la force vitale, comme reposant sur des notions trop abstraites, qui peuvent avoir une grande valeur sous le rapport physiologique, mais qui en ont bien peu au lit du malade.

Les analyses basées sur l'observation des phénomènes morbides, sur l'étude des lésions de tissus ou sur l'examen des désordres fonctionnels, attireront surtout notre attention. C'est pourquoi, de toutes les méthodes cliniques que nous venons de signaler, l'analyse nosographique de Pinel, l'analyse des éléments de F. Bérard et

l'analyse symptomatique de M. Forget sont les seules qui nous arrêteront un instant.

Bien que tous les grands maîtres, comme Hippocrate, Baillou, Sydenham, Stoll, aient fourni de très-bons exemples d'analyse des maladies, Pinel est cependant le premier auteur qui ait traité explicitement de l'analyse appliquée à la médecine pratique.

Sa méthode, qu'on trouve exposée et appliquée dans deux ouvrages importants, la *Nosographie philosophique* et la *Médecine clinique*, a eu un grand retentissement au commencement de ce siècle, et une grande influence sur les idées médicales de l'époque. Elle consiste à diviser les maladies d'après leurs caractères extérieurs, en ordres, genres et espèces, sans se préoccuper de leur nature ou des éléments morbides qui entrent dans leur composition, afin d'en présenter une coordination et des descriptions régulières, faciles à saisir et indépendantes de toute opinion conjecturale. C'est la méthode suivie dans les sciences naturelles pour classer les êtres organisés.

Cette méthode a certainement contribué à donner au langage médical une plus grande précision, et à faire observer les maladies d'une manière plus rigoureuse. Elle a conduit Pinel à des distinctions fort utiles, principalement dans l'étude des fièvres graves et des névroses, sur lesquelles régnaient à cette époque des idées très-confuses. Mieux qu'aucun médecin avant lui, il a décrit les formes les plus importantes des fièvres, principalement les formes atoniques et adynamiques, qu'il a eu le tort de présenter comme étant d'espèce différente, mais dont il a donné un tableau tellement fidèle, que tous les médecins, à quelque école qu'ils appartiennent, l'ont conservé, comme l'expression la plus exacte de la vérité.

Mais les avantages de l'analyse suivie par Pinel s'appliquent surtout à la classification des maladies. Aussi Bérard lui a-t-il donné le nom d'*analyse nosographique*. Elle peut être employée avantageusement dans un cours de pathologie, parce qu'il importe d'y présenter aux élèves des distinctions claires, tranchées et faciles à constater. Elle peut servir à établir le diagnostic nominal des maladies, et même à élucider leur diagnostic différentiel; mais elle est insuffisante pour le clinicien, qui doit s'attacher à connaître non-seulement les caractères extérieurs des maladies, leurs analogies et leurs différences, l'ordre de succession et la marche des symptômes; mais qui doit rechercher la génération, l'enchaînement et l'importance de ces phénomènes, la nature des lésions, quand il en existe, et surtout ne jamais perdre de vue le but principal de la méde-

cine, qui est de trouver les meilleures indications de traitement.

Evidemment l'analyse qui est basée seulement sur l'appréciation des symptômes ne peut conduire ni à l'appréciation exacte des lésions qui constituent une maladie, ni aux indications thérapeutiques que cette maladie réclame ; je dis plus, elle peut entraîner des erreurs, même sous le rapport de la classification. Ainsi, en ne se dirigeant, pour classer les maladies, que d'après leurs caractères extérieurs, on est conduit inévitablement à ranger les fièvres éruptives, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, dans les inflammations de la peau ; le diabète, dans les maladies des organes urinaires, etc., erreurs qui ont été commises par Pinel lui-même, et qui sont contraires aux notions les plus élémentaires de la nature de ces affections.

Ce n'est donc pas à l'analyse nosographique que nous devons nous attacher. A l'exemple de F. Bérard, nous la rejetons, parce que les maladies identiques ne se présentent pas toujours sous le même groupe de symptômes ; que souvent ceux-ci ne sont que faibles et mal dessinés ; qu'ils sont loin de présenter entre eux la même proportion et la même harmonie ; et que d'ailleurs des symptômes, en apparence semblables, peuvent cacher des maladies tout à fait différentes ; nous la rejetons enfin, parce qu'elle ne permet de voir que la superficie des choses et non le fond, et surtout parce que, par de fausses analogies, elle peut entraîner à de fausses idées thérapeutiques, et faire traiter, par exemple, des fièvres éruptives comme des phlegmasies.

La méthode de F. Bérard, plus médicale, va davantage au fond des choses, sans cependant sortir des limites des faits d'observation. Aussi a-t-elle laissé des traces plus durables ; car elle est encore la règle suivie par l'Ecole de Montpellier presque tout entière. Elle se trouve longuement exposée dans l'article *Eléments* du grand Dictionnaire des sciences médicales, et surtout dans un long mémoire intitulé : *De l'analyse appliquée à la médecine*, qui sert d'appendice à l'ouvrage de Dumas sur les maladies chroniques, œuvres trop peu connues de nos jours, et surtout des médecins qui ont fait leurs études soit à Paris, soit à Strasbourg. Elles renferment une doctrine qui embrasse la pathologie tout entière, et qui peut s'appliquer avec avantage à la clinique médicale.

F. Bérard ne se borne pas, comme Pinel, à coordonner et à classer les phénomènes morbides ; partant de cette idée, que presque toutes les maladies se composent d'affections simples qui se combinent entre elles d'une manière variée, il décompose les maladies,

recherche les affections élémentaires qui les forment et donne à ces états le nom d'*éléments morbides*. Dans la doctrine, l'élément est donc tout groupe de symptômes constituant une affection simple, essentielle, ayant sa marche, ses périodes, ses méthodes thérapeutiques, et pouvant affecter tous les systèmes, tous les organes. Cette définition est pratique, et nous la préférons beaucoup à celle de Barthez, quelque vraie qu'elle puisse être d'une manière absolue, et qui définit l'élément : « tout acte constitutif de la maladie, toute modification primitive du principe vital, passée à l'état pathologique, » définition abstraite, qui n'a jamais pu et ne pourra jamais aider le médecin dans la détermination du caractère d'une maladie, et dans le choix des agents thérapeutiques qu'il doit mettre en usage.

La méthode de Bérard nous a toujours séduit, parce qu'elle ne s'appuie ni sur des théories conjecturales, ni sur les notions abstraites qui obscurcissent celle de Barthez, ni sur les simples lésions organiques démontrées par l'anatomie pathologique. Elle repose avant tout sur l'observation exacte des phénomènes pathologiques ; elle tient compte tout à la fois et des lésions anatomiques des solides, et des altérations chimiques des liquides, et des désordres éprouvés par les forces vitales. Par suite, cette méthode a vraiment une grande valeur pratique. Mais nous sommes obligé de faire quelques restrictions, quant à la détermination des éléments morbides qui nous paraissent avoir un caractère d'essentialité trop prononcé, et dont la liste confuse présente, malgré son étendue, des lacunes importantes.

Je ne puis reproduire ici cette liste qui ne contient pas moins de trente éléments ; mais j'en rappellerai les principaux qui sont : la douleur, le spasme, la fluxion, l'inflammation, l'éréthisme nerveux, la fièvre, la malignité, les états muqueux, bilieux, putride, herpétique, scrofuleux, cancéreux, rhumatismal, syphilitique, etc.

Si l'essentialité est une condition nécessaire à l'état morbide pour mériter le nom d'élément, plusieurs de ceux qui viennent d'être mentionnés peuvent être contestés, tels que le spasme, la douleur, la malignité, l'adynamie, l'ataxie, etc.

Le nombre des affections essentielles diminue tous les jours, surtout depuis qu'on étudie avec soin les maladies du sang.

D'un autre côté, bien que la plupart des éléments adoptés par F. Bérard doivent être conservés pour l'analyse pratique, on ne peut s'empêcher de regretter la confusion qui règne dans leur classification, confusion qui doit en rendre le souvenir difficile.

Plus les éléments morbides sont nombreux, plus il importe de les classer avec ordre.

Enfin, j'ai reproché à l'analyse de F. Bérard de présenter des lacunes, parce qu'elle ne tient pas assez compte des lésions locales. Ne voulant adopter comme éléments que les affections simples, supposées essentielles, Bérard a dû écarter de son cadre les lésions aussi bien que d'autres états morbides, tels que les altérations du sang, qui cependant ont une grande valeur pour le diagnostic comme pour le traitement des maladies.

La doctrine exposée dans l'ouvrage récent de M. Quissac, sur les éléments morbides, malgré les grandes qualités d'utilité pratique qui la distinguent, ne comble malheureusement aucune des lacunes que je viens de signaler et de plus ne fait pas même rentrer parmi les éléments les états diathésiques.

Aussi, M. le professeur Forget, de Strasbourg, frappé de l'insuffisance de toutes ces méthodes analytiques, a-t-il proposé une autre doctrine d'éléments morbides, dans laquelle il classe, non plus seulement les groupes symptomatiques qui peuvent être considérés comme des affections simples, mais tout symptôme pouvant impliquer une indication thérapeutique, tel que la chaleur, le froid, la dyspnée, la toux, la fréquence du pouls, son irrégularité, le vomissement, la constipation, le météorisme, la diarrhée, l'infiltration, la céphalalgie, etc.

Cette méthode est certainement plus large, plus éclectique que celle de F. Bérard; mais elle me paraît pécher par un excès opposé, celui de donner trop d'importance à tous les symptômes, et de constituer, par conséquent, une méthode purement symptomatique. Il est certainement très-utile de décomposer les maladies; mais l'analyse elle-même a ses limites : elle doit éclairer l'étude des maladies et non la rendre plus obscure. Pour cela elle doit s'arrêter aux grandes circonstances pathologiques ayant une grande valeur; ou, du moins, il faut admettre des analyses de deux ordres, comme on fait en chimie pour les substances organisées, quand on en recherche les principes immédiats, ou les corps simples qui entrent dans leur composition.

Où sera maintenant notre guide, puisque chacune de ces méthodes présente quelque inconvénient? Nous n'avons point de doctrine nouvelle à proposer; mais en nous appuyant d'un côté sur les progrès faits dans ces derniers temps par le diagnostic, et, d'un autre côté, en restant fidèle à l'habitude que nous avons adoptée depuis longtemps de repousser tout système exclusif, nous croyons pou-

voir exposer ici une méthode qui résume, d'une manière simple, les notions les plus utiles de l'analyse clinique, telle que la comporte l'état actuel de la science.

Comme éléments de cette analyse, nous pensons qu'on doit accepter, non-seulement les affections élémentaires, prétendues essentielles, de F. Bérard, lesquelles diminuent de jour en jour depuis qu'on a mieux étudié les altérations du sang, mais bien tout groupe symptomatique ou toute circonstance pathologique, pouvant jeter un grand jour sur le diagnostic ou sur la thérapeutique des maladies. Mais, pourtant, nous ne voudrions pas qu'on confondît l'élément avec le symptôme, qui n'a ordinairement qu'une valeur accessoire, tandis que l'élément au ne importance capitale ; ou, du moins, il faut admettre des éléments de deux ordres et, conséquemment, deux analyses : une analyse élémentaire et une analyse symptomatique.

Cela dit, il me semble possible de coordonner les éléments de l'analyse d'une manière naturelle, et de les rattacher à quelques idées mères.

Pour cela il suffit de se rappeler les principes fondamentaux de la physiologie et de la pathologie, à savoir : 1° que dans l'organisme humain l'observation découvre des organes solides et des humeurs, qui, les uns et les autres, remplissent certaines fonctions, sous l'empire de causes particulières qu'on a appelées les *forces ;* forces qui sont aux corps organisés ce que la gravitation est aux corps célestes, ce que l'électricité et l'affinité sont aux substances inorganiques ; 2° que toute maladie consiste dans une altération matérielle des solides ou des liquides organiques, ou dans un trouble de leurs fonctions et des forces qui y président.

Dès lors, il est légitime d'admettre d'abord deux grandes divisions, sous lesquelles peuvent être rangés tous les éléments morbides : une première division qui, comprenant les éléments anatomiques, embrasserait tous ceux qui se rapportent aux lésions des organes solides, poumon, cœur, etc., ainsi qu'aux altérations physiques ou chimiques du sang et des humeurs qui en proviennent ; une seconde division embrasserait les éléments qui se rapportent aux troubles fonctionnels.

Je place à dessein dans la première division les lésions anatomiques, bien que celles-ci soient presque toujours précédées dans leur production par des troubles dynamiques constituant des éléments vitaux, parce que, au point de vue pratique, la recherche des organes malades doit primer toute autre exploration. Quand on est en présence d'un malade, on doit avant tout écouter, suivant la belle ex-

pression de Bichat, le cri des organes souffrants; autrement on court le risque de méconnaître les lésions les plus importantes et se priver des ressources thérapeutiques les plus efficaces.

Et qu'on n'aille pas croire que je viens ici plaider la cause de l'organicisme contre le vitalisme; je suis de ceux au contraire qui ne peuvent comprendre qu'un médecin ne soit pas vitaliste et qu'il soit purement organicien, et qu'en présence de nombreuses maladies générales dont l'existence est incontestable, il ne reconnaisse que des états locaux ou organopathiques. Mais, chargé avant tout d'enseigner la médecine pratique, je dois classer les sujets d'étude suivant leur importance positive; et, sous ce rapport, on ne peut le contester, au point de vue de l'observation des maladies, la recherche des lésions locales doit primer toutes les autres explorations.

Cela bien établi, il nous faut classer à notre tour les éléments de l'analyse clinique.

Nous divisons d'abord, comme nous l'avons dit, les éléments en deux grandes classes : 1° éléments anatomiques; 2° éléments physiologiques.

Dans la première division, nous placerons : 1° le siége et l'étendue de la lésion organique; 2° la nature de cette lésion, laquelle peut consister dans l'altération matérielle d'un ou de plusieurs tissus, ou bien dans une altération du sang ou des liquides qui en proviennent. Dans la division des éléments physiologiques rentreront naturellement tous les troubles fonctionnels qui peuvent éclairer d'une manière notable le diagnostic ou le traitement, et que nous rattacherons aux grandes fonctions. Ici viendront se placer naturellement la plupart des éléments de l'école de Montpellier : la douleur, le spasme, l'éréthisme nerveux, la fièvre, la faiblesse, la malignité, les états bilieux, ataxique, adynamique, etc., etc.

En tête des éléments anatomiques je place le siége de la lésion, comme étant, de toutes les circonstances qui peuvent conduire au diagnostic et à une indication pratique, le plus directement utile.

Tout à l'heure j'insistais sur l'importance de la recherche des lésions organiques, et je disais que pour le clinicien elle prime toutes les autres. C'était assez dire combien il est nécessaire de rechercher le siége et l'étendue de ces lésions.

En effet, il n'est pas indifférent de savoir, quand un malade est affecté d'une inflammation, si celle-ci existe dans le poumon ou dans les intestins; de savoir si une hydropisie est occasionnée par une maladie du péritoine, du cœur, du foie ou des reins; si une paralysie est produite par une lésion du cerveau, de la moelle épi-

nière ou des nerfs eux-mêmes ; si une hémoptysie provient d'une lésion du cœur ou des poumons ; si une cécité est le résultat d'une maladie de l'œil ou de la pulpe cérébrale, etc., etc.

Sans doute il est très-utile de constater qu'un malade a la fièvre ; qu'il a ou qu'il n'a pas d'excitabilité nerveuse ; qu'il a des troubles de la circulation, de la respiration, de la caloricité, de la sensibilité ou du mouvement ; mais tous ces phénomènes fonctionnels, qui sont le plus souvent symptomatiques, bien que très-précieux pour l'observateur, n'éclairent pas le diagnostic au même degré que la découverte du siége de la lésion organique. Aussi ne saurait-on trop fixer son attention sur cette recherche, par tous les moyens d'exploration que la science met entre les mains des praticiens, qui n'exigent le plus souvent qu'une application des sens, et que le temps ne me permet pas de reproduire ici. Le médecin qui suivrait une autre marche risquerait de méconnaître les maladies les plus importantes, un épanchement pleurétique ou péricardique par exemple, pour ne s'être préoccupé que des signes fonctionnels, tels que la toux, l'oppression, les palpitations, l'état du pouls, et avoir négligé la recherche des signes physiques qui auraient fait reconnaître l'épanchement. Tant qu'il se bornerait à combattre les symptômes, il n'arriverait point à la curation du mal, qu'il n'obtiendra qu'en dirigeant contre l'organe malade, plèvre ou péricarde, les moyens de traitement.

Mais une fois qu'on a constaté le siége de la lésion principale, on n'a fait qu'un premier pas dans le diagnostic, le plus important sans doute, mais il en reste d'autres à faire. Il ne suffit pas d'avoir reconnu, en effet, que c'est une altération du cerveau, du cœur, du foie, du péritoine, qui est la cause des troubles qu'on observe ; il faut encore déterminer quelle est la nature de cette altération. Ici se présente une série de véritables éléments morbides qui éclairent d'une manière vive le diagnostic et le traitement des maladies. Ces éléments sont : la fluxion ou congestion, l'inflammation, les productions herpétique, goutteuse, scrofuleuse, cancéreuse, tuberculeuse, etc.

La *fluxion* est un des éléments qui jouent le plus grand rôle dans la production des phénomènes morbides ; elle se rencontre dans presque toutes les maladies et peut affecter tous les systèmes et tous les organes sans exception.

Elle consiste dans l'abord plus considérable du sang, sous l'influence d'une cause excitante qu'on appelle *irritation*, vers un point qui devient rouge, tendu et douloureux. L'école anatomique l'appelle *congestion* ou *hypérhémie*. Tous les jours les médecins confon-

dent la fluxion avec l'inflammation. Cependant cette confusion est fâcheuse et présente de sérieux inconvénients. La fluxion et l'inflammation sont deux éléments parfaitement distincts qui peuvent se combiner ensemble, mais qui existent souvent séparément. La fluxion est le plus souvent mobile. C'est la fluxion qu'on retrouve dans cette multitude de maladies qu'on voit survenir chez les êtres les plus faibles comme chez les plus forts, dans les tempéraments nerveux, aussi bien que dans les lymphatiques, les bilieux et les sanguins; maladies qui sont caractérisées par une rougeur subite avec tension douloureuse, comme on le voit dans les affections éruptives qu'on appelle *urticaire*, *érythème*, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les oreillons, dans les congestions cérébrales, les accès de goutte, le crachement de sang, etc., etc., et qui, toutes, malgré l'intensité des phénomènes qui les constituent, peuvent disparaître rapidement.

L'élément fluxionnaire a une importance plus grande aux yeux des médecins vitalistes qu'aux yeux de ceux qui sont exclusivement organiciens. Ces derniers considèrent la fluxion comme une manifestation purement locale et la regardent comme une simple congestion qui doit être combattue par des remèdes locaux.

Pour les vitalistes, au contraire, la fluxion dépend presque toujours d'une disposition interne qui explique sa mobilité et ses récidives. Je n'hésite pas à me ranger à côté de ces derniers. A chaque pas nous observons des phénomènes morbides qui, se rattachant à la fluxion, et dépendant d'une cause intérieure, principalement diathésique, nous serviront de guide pour nos inductions thérapeutiques. Je montrerai que c'est faire une pauvre médecine, et se priver de précieuses ressources, que de considérer les fluxions comme des phénomènes purement locaux; et que c'est au contraire s'ouvrir une voie large et féconde que de voir derrière ces manifestations, en apparence locales, l'état général qui les tient sous sa dépendance.

(*La suite au prochain numéro.*)

De l'emploi de l'électricité statique dans le traitement de la chorée.

La chorée est peut-être de toutes les affections nerveuses celle contre-laquelle on a songé le plus tôt à faire intervenir l'action thérapeutique de l'électricité : les noms les plus recommandables, ceux de Dehaen, Sauvages, Fothergill, sont attachés aux premiers essais de cette médication, et ce n'est pas sans un certain étonnement que nous avons trouvé dans le *Traité de l'application de l'électricité*

à la médecine, par M. Becquerel, cette assertion étrange qu'il n'existe aucun fait qui établisse l'utilité de l'électricité contre cette affection. Les faits de guérison sont, au contraire, très-nombreux, et, dans ces derniers temps, des faits nouveaux, publiés en Angleterre, sont venus donner une nouvelle sanction à ces tentatives déjà anciennes d'emploi de l'électricité dans la chorée. Frappé de cet ensemble de faits et des résultats obtenus, résultats d'autant plus remarquables que, dans tous ces essais, il avait été fait seulement usage de l'électricité statique, nous avions préparé depuis longtemps l'article qu'on va lire : la communication nouvelle que M. Briquet vient de faire sur le même sujet, à l'Académie de médecine, communication que nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs dans notre prochain numéro, donne à cet article une espèce d'actualité, bien que, ainsi qu'on va le voir, l'électricité n'ait pas été employée de la même manière et dans le même but que par le savant médecin de la Charité. Toujours est-il qu'il résultera de ces publications, au moins nous l'espérons, la preuve que l'électricité est appelée à jouer un rôle utile dans le traitement de la chorée.

Les observations de chorée que nous voulons mettre sous les yeux de nos lecteurs ont été empruntées par nous aux deux remarquables articles, publiés, il y a quelques années, par M. Addison et M. Golding Bird, dans les Mémoires de l'hôpital de Guy sur l'emploi de l'électricité en médecine. Ces observations, nous les publions, à peu de chose près, telles qu'elles ont été données par leurs auteurs; mais nous n'avons pas cru devoir toujours nous astreindre à l'ordre qu'ils avaient suivi, et nous avons ajouté souvent nos propres réflexions à celles de nos deux savants confrères d'outre-Manche.

Obs. I. *Chorée, suite de frayeur. — Emploi de l'électricité statique. — Guérison rapide.* — Sara Kidd, âgée de seize ans, grande, mince, cheveux et yeux noirs, teint brun, yeux proéminents, aspect idiot, fut admise, le 18 février 1837, dans la salle de Miriam. Toute sa famille souffre de dérangements des centres nerveux : un membre est aveugle, deux sont épileptiques, un autre est à la fois idiot et aveugle. Les règles ont paru il y a un an, précédées de douleurs considérables; mais elles furent arrêtées au bout de deux heures par la frayeur que lui causa une personne déguisée. Elles ne se sont plus montrées depuis, ni par voie naturelle ni par voie supplémentaire. Immédiatement après la suppression survinrent les symptômes de chorée; les mouvements irréguliers affectaient principalement le cou et la face; ils s'accrurent tellement que l'on employa le gilet de force pour la tenir dans le lit. Une violente agitation musculaire, de fréquents maux de tête, la perte de l'articulation et la gêne de la déglutition continuèrent pendant cinq mois, malgré le traitement médical qui consista surtout en sangsues sur les tempes et sur l'épine, et en douches. Deux fois, durant

cet intervalle, elle eut de fortes aggravations, qui durèrent trois ou quatre heures, et, pendant les accès, trois ou quatre personnes pouvaient à peine la maintenir dans son lit. Au bout de cinq mois, elle put marcher, mais les spasmes ne cessèrent jamais. Les douches furent continuées jusqu'au moment d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a quinze jours, sans aucune cause assignable, les spasmes sont devenus plus intenses. Maintenant l'aspect est idiot, quoique égaré par intervalles et presque maniaque. Symptômes de chorée très-marqués, pupilles dilatées, sueurs abondantes. Traitement par les purgatifs et le sulfate de zinc, plus tard par la valériane et l'iodure de fer. Les symptômes ayant persisté obstinément, l'emploi de l'électricité fut commencé le 20 avril. Des étincelles furent tirées de l'épine et des commotions communiquées à travers le bassin. Ces étincelles produisaient une éruption variée sans papules ; la peau était épaisse. Le 29, il y avait déjà beaucoup moins de spasmes dans les épaules et les mains étaient plus fermes. Des mouches voltigeaient toujours devant les yeux ; air plus gai, mieux-être général. Le 2 mai, amélioration rapide ; la malade pouvait faire plusieurs pas sans tomber ; chaque commotion électrique produisait de forts spasmes musculaires. Un ou deux jours après, toute trace de mouvement involontaire avait disparu ; sa démarche demeurait cependant roide et gauche, ce qui tenait à une disposition particulière des genoux. 20 mai, guérison complète.

Obs. II. *Chorée, suite d'une frayeur. — Guérison rapide par l'électricité statique.* — Françoise Shaed, âgée de douze ans, active et intelligente, d'une taille médiocre, fut admise, le 12 avril 1837, dans la salle de Miriam. Elle a essuyé toutes les maladies les plus ordinaires de l'enfance, et, sans aucune cause apparente, elle a fréquemment souffert d'une céphalalgie, le plus souvent bornée à la région occipitale. Durant les trois derniers mois, ce symptôme s'est accru ; elle a ressenti dans les yeux des douleurs nocturnes, lesquelles troublaient son repos ; la vision s'est obscurcie, et elle a vu des mouches volantes. La fonction menstruelle n'est pas encore développée. Le 24 mai, à la suite d'une frayeur, légers mouvements irréguliers dans les mains, lesquels continuèrent pendant une semaine environ. A cette époque, paroxysme de céphalalgie borné à l'ancien siége de la douleur et si intense que l'enfant se roulait par terre et poussait de grands cris. Cela augmenta l'agitation musculaire, qui ne resta pas limitée aux bras, mais qui affecta tout le corps. La progression devint difficile, l'articulation et la déglutition furent très-gênées ; respiration laborieuse, expiration accompagnée d'un bruit de râlement.

A présent, tous les symptômes sont dans leur pleine vigueur ; le regard n'a rien de fixe ; céphalalgie, douleurs dans le cou-de-pied et le poignet droits ; spasmes généraux et continuels des muscles, affectant les deux côtés également, mais intenses surtout dans les bras, les épaules et la face ; langue large, légèrement chargée, muscles de cet organe agités ; pouls faible à 100 ; bon appétit ; léger bruit de souffle au-dessus de l'origine de l'aorte. Sur le cou et le dos, grand nombre de furoncles, dus sans doute aux applications excitantes dont on s'était servi avant son entrée à l'hôpital. Du 12 au 20 avril, traitement par les purgatifs et l'oxyde de zinc, dont on porte la dose à 24 grains en trois fois, sans le moindre avantage. M. Addison prescrit de tirer des étincelles le long de la colonne vertébrale, de deux jours l'un.

28 avril. L'électricité a été employée quatre fois et avec un résultat remarquable ; elle a été continuée chaque fois pendant dix minutes environ, jusqu'à l'apparition d'une vive éruption semblable au *lichen urticatus*, quoique un peu moins

proéminente. La malade peut maintenant tirer la langue, mais pour un instant seulement, et articuler les sons d'une manière intelligible. La déglutition se fait mieux, l'enfant peut rester assise sur une chaise et même se tenir debout pendant quelques moments. Le 6 mai, elle peut marcher sans difficulté et se tenir sur un seul pied pendant quelques moments. Les épaules, les bras, la langue restent les parties les plus affectées.

12 mai. L'électricité a été continuée et l'amendement s'est accru sans interruption. La malade peut maintenant marcher sans aucun mouvement irrégulier; elle n'a plus dans la physionomie l'expression d'idiotisme; elle peut tenir la langue tirée hors de la bouche. Le 31 mai, elle quitte l'hôpital, parfaitement guérie.— Elle est rentrée au mois d'août avec une très-légère attaque de chorée dont le sulfate de zinc l'a débarrassée en moins de vingt jours.

Obs. III. *Chorée chez une jeune fille épileptique. — Electricité statique. — Guérison.* — Emma Hillier, quatorze ans, forte, pléthorique, yeux et cheveux noirs, fut reçue le 14 juin. Atteinte depuis son enfance d'accès épileptiques, elle avait eu, quatre ans auparavant, une violente attaque dont elle guérit en dix semaines. Depuis lors, accès à des époques fixes, dont le retour avait lieu généralement au printemps et à l'automne. L'attaque présente n'était pas fort intense; mais elle gênait la marche et un peu la parole. Violente céphalalgie et humeur irritable. Prescription : tirer des étincelles électriques de la colonne vertébrale; rhubarbe en poudre et calomel, de chaque, 12 grains. Les étincelles furent tirées à la distance de trois quarts de pouce, jusqu'à ce que l'éruption cutanée fût produite. Après la quatrième ou cinquième application, l'articulation des mots devint distincte et la marche presque ferme. Il y avait cependant encore des spasmes dans les bras, dans les épaules, dans les muscles de la face. A la fin de la troisième semaine, ils avaient entièrement cessé dans l'ordre de leur apparition.

Obs. IV. *Chorée, troisième attaque. — Electricité statique. — Guérison.* — William Suttin, âgé de quatorze ans, un air de santé, mais une assez petite stature, fut admis le 10 mars. Il avait eu déjà trois fois la chorée. La première attaque, causée par une frayeur, guérit en six semaines. Un an après, nouvelle attaque plus longue, quoique beaucoup moins violente. Nouvelle et troisième attaque au commencement de cette année; impossibilité de se tenir tranquille un seul moment; il peut marcher, mais les jambes fléchissent fréquemment pendant cet exercice; il jette continuellement sa main de côté; la face est plus violemment affectée que les autres parties du corps. Traitement par le zinc et les purgatifs jusqu'au 19 juin. Alors il fut remis aux soins de M. Addison. L'électricité fut appliquée tous les jours, le long de la colonne vertébrale. Ce traitement fut suivi jusqu'au 11 juillet, époque à laquelle tous les symptômes de chorée avaient disparu.

Obs. V. *Chorée d'origine rhumatismale. — Emploi de l'électricité statique. — Guérison rapide.*— Henriette Witham, âgée de huit ans, enfant petite, mais délicate et bien portante habituellement, fut prise tout d'un coup de douleurs vives dans les régions inférieures, douleurs à la suite desquelles elle perdit complétement l'usage de ses membres. Grâce à un traitement médical, la douleur quitta les membres inférieurs et envahit l'abdomen, puis les membres supérieurs. Les articulations ne furent, à ce qu'il paraît, ni très-gonflées ni très-rouges. Rétablissement au bout d'un mois, mais presque immédiatement elle fut prise de chorée et elle entra à l'hôpital de Guy le 2 novembre 1837. Jactitation continuelle et involontaire des membres inférieurs et supérieurs, avec

contorsions incessantes des muscles de la face. Roideur dans le cou; difficulté extrême dans la parole. Emploi sans succès, pendant quelque temps, du vin ferrugineux et du sulfate de zinc; pas d'amélioration. Le 2 décembre, on commença le traitement par l'électrisation. Des étincelles furent tirées tous les jours de la colonne vertébrale. Le 8 décembre, la malade parlait et avalait sans la moindre difficulté; les mouvements involontaires des membres avaient beaucoup diminué. Dix jours après, elle quittait l'hôpital, n'offrant plus traces de chorée. Bon état jusqu'au 20 juin 1838, jour où elle fut apportée à l'hôpital, affectée d'une chorée bornée aux membres supérieurs. L'électricité fut employée de nouveau et la guérison fut très-rapide.

Obs. VI. *Chorée paraissant tenir à la présence d'un ténia. — Emploi de l'électricité statique. — Guérison rapide.* — William Jordan, âgé de douze ans, jeune garçon d'une santé généralement bonne; jamais de rhumatisme ni d'émotion morale. Sa maladie avait commencé dix mois auparavant, et, bien qu'il fût en traitement depuis cette époque, il n'avait jamais été notablement soulagé. Il entre dono à l'hôpital le 1er novembre 1838. Purgatifs, sulfate de zinc pendant deux mois ; mais ne se trouvant pas mieux, il fut renvoyé à l'électricité le 6 janvier 1839. A cette époque, mouvements involontaires de presque tous les muscles, de sorte qu'il avait beaucoup de difficulté à marcher, et qu'il lui était absolument impossible de se tenir sur une seule jambe; membres supérieurs presque continuellement en mouvement; il pouvait si peu contrôler les mouvements de ses doigts, qu'il lui était impossible de garder un objet dans la main un seul instant; mouvements involontaires des muscles de la gorge, de sorte que l'articulation des mots était imparfaite et les mots souvent inintelligibles; tête constamment en mouvement, alternativement fléchie et étendue avec le cou par un mouvement saccadé. Des étincelles furent tirées de la colonne vertébrale tous les deux jours. Le 9 janvier, amélioration considérable; mouvements involontaires des jambes et des bras beaucoup diminués. Le 13, la convalescence faisait des progrès rapides. Le 9 février, guérison.

Obs. VII. *Chorée dépendant de l'aménorrhée. — Emploi de l'électricité statique. — Guérison rapide de la chorée et de l'aménorrhée.* — Elisabeth Raven, âgée de seize ans, d'une bonne santé antérieure, réglée trois mois auparavant pour la première fois, était devenue sujette, depuis l'établissement de ses règles, à des mouvements involontaires du bras et de la main droite. Ces mouvements avaient augmenté d'intensité jusqu'à son entrée à l'hôpital. Traitement par l'électricité au mois de juillet 1838; des étincelles furent tirées de la colonne vertébrale et le bassin traversé par quelques décharges. Après cinq séances d'électrisation, les règles parurent et la chorée fut guérie. Bon état jusqu'au 19 septembre; les règles n'ayant pas paru à leur époque ordinaire, on fit passer quelques décharges à travers le bassin pour stimuler la fonction en retard, et elle sortit quelques jours après de l'hôpital.

Obs. VIII. *Chorée limitée au côté droit du corps; guérison rapide par l'électricité statique. — Rechute; guérison rapide.* — Marie-Anne Shearman, âgée de quinze ans, affectée depuis deux mois d'une chorée bornée à la moitié droite du corps; le bras et la jambe de ce côté sont en mouvement continuel. L'attaque de cette maladie est attribuée à un refroidissement contracté pendant un incendie de la maison qu'elle habitait. Le 29 novembre, on lui fait prendre 4 grammes de poudre saline de rhubarbe et on commence l'électrisation, trois fois par semaine, toujours en tirant des étincelles de la colonne vertébrale.

Le 20 décembre, la malade est presque rétablie; mais le traitement ayant été suspendu par suite d'un malentendu, elle revient le 10 janvier presque dans un aussi mauvais état qu'au début du traitement. On recommence l'électricité et, le 28 février, la guérison est complète.

L'électricité n'est pas moins utile comme agent thérapeutique dans les cas où les mouvements involontaires sont bornés à un seul membre ou à quelques muscles du corps seulement, comme on peut le voir par les faits suivants, que nous empruntons également à M. Golding Bird et qui sont des exemples très-rares de chorée extrêmement limitée dans son siége.

Obs. IX. *Chorée limitée au membre supérieur droit. — Succès rapide de l'électricité statique. — Rechute. — Emploi du même moyen. — Guérison définitive.* — Sarah Weeler, âgée de douze ans, entre à l'hospice le 5 novembre 1839. La maladie est bornée à l'épaule et au bras droits; le membre est dans un état de mouvement continuel. Elle attribue la maladie à la frayeur qu'elle a ressentie des sévices de sa maîtresse d'école. Sulfate de zinc et sesquioxyde de fer pendant quelque temps, puis la malade est soumise à l'électrisation; on a tiré des étincelles de la colonne vertébrale trois fois, lorsqu'elle demanda sa sortie. La malade revient le 20 décembre dans le même état qu'auparavant. Poudre de rhubarbe saline comme apéritif, de temps en temps, et l'électricité statique trois fois par semaine. Le 14 janvier, guérison parfaite.

Obs. X. *Chorée paraissant bornée au muscle sterno-mastoïdien.— Guérison rapide par l'électricité statique.— Rechute. — Guérison par le même moyen.* — Henry Mason, quarante ans, homme fort, robuste et bien portant, profession de commis-voyageur, grande existence, exposition à des alternatives fréquentes et subites de température. Huit ans auparavant, se trouvant en plein hiver dans une voiture ouverte et dans un pays très-découvert, il avait été presque gelé, et, bientôt après, en revenant de l'état de stupeur partielle dans laquelle il se trouvait, il avait été pris de mouvements spasmodiques involontaires dans les muscles du côté droit du cou. Guérison complète après une maladie de neuf mois ; mais depuis quatre mois la maladie était revenue. A intervalle de quelques minutes, la tête était entraînée par un mouvement involontaire et saccadé vers un côté du corps avec tant de force, et à un tel point, que le malade était comme menacé de strangulation; à ce moment, les vaisseaux de la face et du cou étaient extrêmement distendus. Puis, après quelques instants, le spasme cessait et la tête reprenait sa position ordinaire, pour être entraînée de nouveau, après quelques minutes, vers le côté opposé. Pour contrôler ces mouvements, le malade était obligé de tenir le bout de son nez, dont il se servait comme d'un levier pour maintenir sa tête en équilibre, et, effectivement, il marchait habituellement dans la rue dans cette position ou le bras levé de manière à pouvoir saisir l'extrémité de son nez, à l'approche des mouvements involontaires. A la plus légère excitation, ces mouvements acquéraient une intensité effrayante; ils se suspendaient pendant le sommeil. Traitement pendant plusieurs semaines par le sulfate de zinc, dont la dose fut portée à 40 grammes trois fois par jour, sans aucun soulagement. Fonctions générales en bon état, sauf de la constipation. De temps en temps, un peu de poudre de rhubarbe saline, et, tous les deux jours, on tire des étincelles de la colonne vertébrale et sur le trajet des muscles sterno-mastoïdiens. Le traitement fut commencé dans les premiers jours de décembre. Le

Le 13, il y avait déjà une amélioration considérable, et le malade pouvait marcher sans se servir de sa main pour arrêter sa tête, sauf les cas d'excitation considérable. Le traitement fut continué, et l'amélioration avait suivi une marche progressive lorsque, dans les premiers jours de février, le malade, qui se croyait guéri, se livra à des excès de tout genre. Aussi, lorsqu'il revint à l'hôpital, le 29 février 1840, il avait beaucoup perdu ; les mouvements involontaires de la tête et du cou avaient considérablement augmenté. L'électricité fut reprise de nouveau et, après un temps très-court, la convalescence était parfaite.

Les observations suivantes, bien que n'offrant pas absolument tous les traits de la chorée, sont cependant suffisamment caractérisées pour qu'on puisse les ranger dans cette maladie ; elles montrent d'ailleurs, chose non moins intéressante, toute l'influence exercée par l'électricité sur les mouvements involontaires des muscles animés par les nerfs spinaux.

Obs. XI. *Chorée probablement congénitale limitée aux muscles des deux mains. — Amélioration rapide par l'électricité statique.* — James Spriggs, porteur, âgé de quarante-cinq ans, était en traitement au mois de novembre 1840 pour une dyspepsie gastrique folliculeuse qui lui faisait rendre par l'estomac des flots d'un liquide muqueux plusieurs fois par jour, lorsque l'attention de M. Golding Bird fut attirée par un état remarquable des mains de ce malade. Elles étaient à demi fléchies sur l'avant-bras, comme dans la paralysie saturnine ; les doigts étaient fléchis sur la main et dans un état de mouvement continuel, alternativement fléchis et étendus, exécutant parfois des mouvements rotatoires incomplets, comme ceux des bras d'un choréique. Dès que son esprit était préoccupé ou qu'il s'efforçait de maintenir les doigts dans l'immobilité, les mouvements augmentaient rapidement, de manière à l'empêcher de saisir avec les mains un objet quelconque. Durant le sommeil, ces mouvements disparaissaient, et les mains restaient généralement à demi étendues. Les pouces étaient beaucoup plus calmes que les autres doigts. Il était presque impossible de distinguer les pulsations de l'artère radiale, par suite des soubresauts continuels des tendons de la partie antérieure de l'avant-bras. Sa dyspepsie soulagée, M. Golding Bird engagea ce malade à se faire tirer des étincelles de la partie supérieure de l'épine, dans le but de faire cesser ces mouvements involontaires. Au bout d'une quinzaine, il y avait une amélioration telle que le malade pouvait saisir une carte mince entre les doigts et le pouce et la tenir ainsi pendant un certain temps. Cette curieuse affection était congénitale, et elle avait continué presque sans changement depuis son enfance jusqu'au jour du traitement par l'électricité.

Obs. XII. *Mouvements involontaires de la mâchoire inférieure entraînant des luxations répétées.— Electrisation statique portée directement sur les muscles malades. — Amélioration. — Guérison définitive par le sulfate de zinc.* — John Townshend, âgé de quarante ans, s'était luxé la mâchoire dans l'hiver de 1838 et, depuis cette époque, pour la moindre excitation, et souvent sans cause apparente, des mouvements involontaires de la mâchoire, paraissant dus aux muscles ptérygoïdiens et abaisseurs, reproduisaient la luxation, quelquefois à plusieurs reprises dans une même journée. Le 9 octobre 1840, on commença l'électrisation ; des étincelles furent tirées au niveau des muscles affectés, et, à

partir de ce moment, les mouvements involontaires diminuèrent au point que la luxation de la mâchoire était chose rare. Mais l'électricité une fois abandonnée, ces mouvements reparurent, et, avec eux, les luxations spontanées, alternativement; l'électricité reprise, ces symptômes désagréables se dissipaient. Dans ces circonstances, M. Barlow lui administra le sulfate de zinc à doses croissantes : guérison complète.

Quelques mots maintenant sur le mode d'application de l'électricité statique. Par les observations que nous venons de rapporter, on peut voir que dans le plus grand nombre de cas le traitement a consisté à tirer des étincelles sur le trajet de l'épine. Pour cela le malade était assis sur un siége isolé, et on établissait une connexion métallique entre le premier conducteur de la machine et le corps du malade. Une boule de cuivre, garnie d'un fil de fer ou d'une chaîne traînant à terre, était promenée de haut en bas dans la direction de l'épine, à la distance d'environ un pouce de la peau. La machine était mise en action, le corps du malade se chargeait d'électricité qui passait, accompagnée d'étincelles, dans la boule de cuivre, et de là dans le sol, par le fil ou par la chaîne. De la sorte, une rapide succession d'étincelles était entretenue, et on la faisait durer jusqu'à l'apparition sur la peau d'une petite éruption, qui avait l'aspect du *lichen urticatus*; or, le temps nécessaire pour arriver à la production de cette éruption variait, suivant les malades, de cinq à dix minutes. Dans un petit nombre de cas, les malades ont été traités par des commotions, dans lesquelles on faisait traverser le corps entier, de la symphyse du bassin au sacrum, par le courant électrique; mais pour mettre les malades à l'abri de commotions trop fortes et qui auraient pu dépasser le but, on faisait usage de l'électromètre de Lane, ce qui permettait de régler et de réduire aux proportions les moins dangereuses la décharge de la bouteille de Leyde (1). En te-

(1) Voici quelques détails de plus sur le *modus faciendi*; une grosse bouteille de Leyde est placée de telle façon qu'une communication est établie entre sa face interne et le premier conducteur. Un électromètre de Lane est fixé à une extrémité du conducteur, de manière que sa boule isolée soit mise en contact avec le conducteur ou tenue à la distance que l'on désire. Une chaîne est mise en rapport avec la surface extérieure de la bouteille, une autre est attachée à la boule de l'électromètre. Les extrémités de ces deux chaînes sont garnies de poignées non conductrices, pour la commodité de l'application. Un des excitateurs est tenu sur la symphyse du pubis, tandis que l'autre est placé sur le sacrum. Dès que la bouteille de Leyde est suffisamment chargée, l'électricité passe dans la boule de l'électromètre et la recomposition du fluide se fait dans l'intérieur du corps à travers le bassin. Avec un électromètre ainsi construit, la violence des commotions dépend de la distance où la boule de l'électromètre se trouve de la boule de la bouteille qui communique avec la machine, et non de la capacité de la bouteille elle-même. C'est l'éloignement de ces deux boules qui détermine la force et l'intensité de la commotion.

nant la boule de l'électromètre à une distance peu considérable de la boule qui émerge de l'intérieur de la bouteille, 3/8 de pouce environ, on n'avait que des commotions très-supportables.

L'électricité statique n'a pourtant pas toujours été employée de cette manière, et presque tous les observateurs anciens, à partir de Dehaen et de Sauvages, Fothergill, Cavallo, Underwood, tiraient des étincelles de toutes les parties du corps, mais plus particulièrement pourtant de la colonne vertébrale. N'est-ce pas à cette manière d'employer l'électricité, c'est-à-dire à cette excitation pratiquée sur l'ensemble du système musculaire, qu'il faut attribuer les insuccès nombreux que l'électricité a eus entre les mains de tant d'observateurs, et n'est-ce pas une chose remarquable, à côté de ces insuccès mêmes, que la pratique presque constamment heureuse de Dehaen qui, tout en employant les étincelles, donnait des commotions et faisait traverser la colonne vertébrale par le fluide électrique? Pour M. Golding Bird, du reste, la question est jugée: « Je n'ai jamais vu, dit-il, dans la chorée, de bons effets du passage des décharges électriques à travers les membres affectés; au contraire, dans tous les cas, les mouvements involontaires ont beaucoup augmenté, souvent même d'une manière alarmante, et lorsque l'électricité a été employée de cette manière chez les malades convalescents, elle a constamment aggravé tous les symptômes et a souvent replacé les malades dans un état aussi fâcheux qu'avant le traitement. »

L'observation suivante offre un exemple des mauvais effets de cette pratique, qui avait pour but d'améliorer la guérison et qui n'a abouti qu'à l'effet opposé, à augmenter la maladie.

Obs. XIII. *Chorée bornée au côté droit du corps. — Emploi de l'électricité statique par étincelles sur la colonne vertébrale. — Amélioration rapide. — Excitation électrique des muscles des membres. — Rechute. — Reprise du premier traitement. — Guérison.* — James Treeby, âgé de dix-huit ans, garçon robuste et bien musclé, exposé par sa profession aux vicissitudes atmosphériques, et ayant contracté par suite plusieurs affections catarrhales, est malade depuis deux mois. Les mouvements involontaires ont commencé à cette époque et sans limite dans le côté droit du corps; impossibilité de garder un objet quelconque dans la main et de se soutenir sur son membre malade dans la marche. Le 7 octobre, on commence à tirer des étincelles de la colonne vertébrale. Le 12, amélioration rapide; encore des mouvements involontaires, mais peu prononcés; il peut maintenir son bras droit étendu pendant une minute ou deux. Le 21, il reste à peine une trace des mouvements involontaires dans le bras gauche; le membre inférieur est encore un peu affecté. Dans le but de s'assurer si l'on pouvait hâter davantage la convalescence, M. Golding Bird fit passer quelques décharges à travers le bras et la jambe; mais, à la suite,

l'état du malade empira, et trois jours après il était dans un aussi mauvais état qu'à son entrée. On reprit le traitement par les étincelles tirées de la colonne vertébrale seulement; administration à doses croissantes du sulfate de zinc. En six semaines, guérison parfaite.

En présence de ce fait, on se demande si ce n'est pas plutôt à la manière dont elle a été employée jusqu'ici qu'à sa nature même que l'électricité statique doit d'avoir échoué si souvent dans la chorée. La plupart des expérimentateurs avaient agi avec force sur les muscles agités de contractions désordonnées, et nous venons de voir qu'il n'y a pas de meilleur moyen d'aggraver la maladie lorsqu'elle existe, ou de la reproduire lorsqu'elle n'existe plus. Qui sait ce qui fût arrivé s'ils s'étaient bornés à exciter la moelle épinière, ainsi que semble le prescrire une des observations de M. Addison! Qui sait même si, en s'en tenant à une excitation très-vive de la peau dans la région lombo-dorsale ou sur d'autres points, autrement dit, si, par une perturbation très-vive de la sensibilité, on n'obtiendrait pas la suspension momentanée et peut-être définitive des accidents choréiques (¹)! Quelques faits qui nous sont personnels, et d'autres qui nous ont été communiqués par divers confrères, mais qui ne sont pas encore assez nombreux pour que nous croyions devoir en parler avec détail, tendent à nous faire croire que l'électricité d'induction, employée tout autrement qu'elle ne l'a été jusqu'ici, ne réussirait pas moins bien que l'électricité statique.

En résumé, et ce sont là des points que nous pensons maintenant hors de toute contestation, malgré les assertions contraires de beaucoup d'auteurs et en particulier de M. Becquerel, il résulte de tout ce qui précède :

1° Que l'électricité statique, employée suivant les indications que nous avons données plus haut, c'est-à-dire en agissant sur le centre spinal et les nerfs qui en proviennent, possède une efficacité très-remarquable contre la chorée, efficacité au moins égale à celle des médications les plus efficaces, sinon supérieure à celles-ci.

2° Que c'est surtout dans la chorée franche et générale que l'action thérapeutique de l'électricité se déploie de la manière la plus certaine et la plus constante; que, pour être moins certaine dans les chorées partielles et les chorées irrégulières, cette action est loin d'être complétement nulle, et que dans certains cas même elle est des plus remarquables.

(¹) C'est précisément ce qui vient d'être fait avec succès par M. Briquet.

3° Que l'électricité statique est jusqu'ici la seule électricité qui ait fait ses preuves dans le traitement de la chorée; mais rien ne prouve que les autres espèces d'électricité ne jouiraient pas d'une efficacité semblable si elles étaient employées suivant d'autres préceptes et d'autres directions que celles qui ont présidé jusqu'ici à leur emploi.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De quelques perfectionnements à apporter aux opérations d'urétroplastie.

Note adressée à l'Académie des sciences par M. le professeur C. Sédillot.

On sait que les fistules avec ou sans perte de substance de la portion sus-scrotale de l'urètre sont assez communes.

L'étranglement par des anneaux métalliques et des liens de diverse nature en est la cause la plus fréquente, et les corps caverneux peuvent être détruits, comme on en cite et comme j'en ai vu un grand nombre d'exemples. D'autres fois, des ulcères chancreux, accompagnés ou non de phagédénisme, des inflammations gangréneuses ou des traumatismes, pour ne pas nous occuper des difformités congénitales, ont été l'origine de ces fistules.

La facilité avec laquelle on remédie aujourd'hui aux rétrécissements de l'urètre par des incisions longitudinales, dont nous avons expliqué l'efficacité (voir notre *Mémoire sur l'urétrotomie interne*, 1858), permet de poursuivre l'occlusion des fistules sus-scrotales par une simple suture ou par un des nombreux procédés autoplastiques dont la chirurgie s'est enrichie, et les lambeaux, soit latéraux, soit supérieurs ou inférieurs à la fistule, ramenés au devant d'elle par glissement ou transport, suffisent habituellement à la guérison.

La condition principale du succès est de bien aviver la circonférence de l'ouverture fistuleuse, afin d'en obtenir l'adhésion à la surface sanglante et superposée du lambeau oblitérateur.

Si le canal paraît trop étroit après la cicatrisation, on le fend de côté avec un de nos urétrotomes internes, et l'on rétablit ainsi le diamètre de l'urètre.

Dans les cas compliqués et réfractaires aux moyens curatifs ordinaires, les règles générales du traitement paraissent assez bien tracées. S'il existe une fistule urinaire au périnée, on la dilate et on l'agrandit (Ségalas) pour y engager une sonde, dont l'extrémité est

maintenue dans la vessie. Si le périnée est intact, on le fend (Ricord), on incise l'urètre, et une sonde sert, comme dans le cas précédent, à détourner le cours de l'urine et à empêcher le contact sur les points à réparer.

L'urétroplastie est alors pratiquée par la méthode à double lambeau superposé (Bach, de Strasbourg, 1841), en ayant ou non recours à des fils métalliques pour les sutures (méthode dite *américaine* de MM. Pancoast et Bozemann), et la plaie, préservée du contact de l'urine, est fermée en dehors par la couche épidermique de la peau, et en dedans, ou du côté du canal, par la même membrane ou par du tissu cicatriciel, sans tension ni étranglement des parties.

Dès que la guérison de la fistule est obtenue, on retire la sonde périnéale ; on la remplace par une sonde ordinaire introduite par le gland, et en deux ou trois semaines la plaie du périnée est cicatrisée.

Malgré des conditions opératoires aussi rationnelles, on ne saurait méconnaître la rareté des succès immédiats ou primitifs de l'urétroplastie.

La réunion par première intention est presque constamment incomplète, et ce n'est qu'à la suite de suppurations prolongées, après de nouvelles sutures, des applications de substances excitantes ou caustiques, du feu et parfois de la ténotomie, que l'on parvient à la cicatrisation de la fistule.

Il y a donc des causes d'insuccès à faire disparaître, et nous nous sommes efforcé d'y parvenir.

Deux indications dépendent des dispositions de la fistule : tantôt (*A*) la muqueuse est unie à la peau ; tantôt (*B*) ces deux membranes sont séparées l'une de l'autre par une large cicatrice.

A. Si les adhérences du tégument externe à la membrane muqueuse sont intimes, il faut diviser la peau, à quelques millimètres en dehors et de chaque côté de la solution de continuité, par des incisions droites et parallèles, dont les extrémités sont coupées perpendiculairement au niveau de la fistule, ou bien terminées par des angles légèrement arrondis.

On obtient ainsi, des deux côtés de la fistule, une sorte d'encadrement de peau, dont les deux moitiés, en forme de valves, sont partiellement disséquées de dehors en dedans, puis renversées dans le même sens sur elles-mêmes pour en tourner en arrière la face épidermique et fermer l'ouverture accidentelle de l'urètre. On fixe les lambeaux dans cette position par quelques points de suture en-

trecoupés, dont les anses regardent en dehors, et les fils noués du côté du canal sont entraînés par l'urètre au delà de l'orifice du gland, au moyen d'un petit stylet fenestré d'argent flexible.

Nous avons un moment cherché à nouer les sutures, dans l'intérieur de l'urètre, sur une sonde cannelée, qui eût servi de conducteur à une lame tranchante, pour diviser et retirer les anses des sutures dès le deuxième jour, afin de prévenir la suppuration; mais, nonobstant la possibilité de ce procédé, nous croyons plus simple, et par conséquent préférable, de laisser les fils se détacher spontanément.

L'urètre se trouve ainsi fermé par le renversement et l'accolement de la peau, et l'on a sous les yeux une assez vaste plaie, que doit recouvrir un second plan de lambeaux. On arrive à ce résultat par plusieurs procédés :

On peut disséquer les téguments vers le prépuce; on a, de cette manière, un grand lambeau transversal, abaissé au devant de la fistule déjà fermée, et les points de suture extérieurs n'ont aucun rapport avec ceux des premiers lambeaux, condition essentielle et des plus favorables au succès de l'opération. Lors même qu'un peu de suppuration aurait lieu autour des fils, la solidité des deux plans de lambeaux n'en serait pas affectée, puisque le pus serait isolé et trouverait une libre issue, du côté du canal de l'urètre, pour les lambeaux profonds, et en dehors des téguments de la verge, pour les lambeaux superficiels, et qu'aucun corps étranger, communiquant de l'urètre à la peau, ne favoriserait la persistance de pertuis fistuleux.

Si l'on craignait que le lambeau préputial ne remontât vis-à-vis de la fistule, on aurait la ressource d'imiter la conduite des chirurgiens qui ont enlevé une portion des téguments placés au-dessous de la perforation urétrale, afin de prévenir tout mouvement d'ascension du lambeau.

L'opérateur aurait encore le choix d'un ou de deux lambeaux latéraux, s'il y trouvait quelque avantage. On ferait glisser au devant des lambeaux profonds une portion de peau, rendue mobile par la dissection et par une incision transversale supérieure et inférieure, et des points de suture la fixeraient aux téguments du côté opposé.

Quelles que fussent les modifications opératoires, la méthode ne varierait pas et aurait pour but constant de recouvrir les lambeaux profonds par des téguments empruntés au prépuce, au fourreau de la verge ou au scrotum, et disposés de manière à se réunir sur d'autres points que ceux du premier plan de lambeaux, soit de côté, soit au-dessus, soit au-dessous.

Le perfectionnement que nous croyons avoir apporté à l'urétroplastie consiste, on le voit, dans la disposition des sutures, que nous avons éloignées les unes des autres et séparées, comme les lambeaux, en deux plans distincts, les premières sortant par l'urètre, les secondes restant à l'extérieur, toutes se trouvant entourées de tissus sains, qui préviennent la suppuration ou la limitent et assurent la réunion.

On peut, en outre, soumettre la verge à une légère pression pour mieux assujettir les lambeaux, en déterminer l'immobilité et empêcher le gonflement œdémateux, qui est à peu près constant, lorsque les plaies sont abandonnées à elles-mêmes.

Jusqu'à présent, les fils des sutures des deux plans de lambeaux avaient toujours été réunis, et c'est à cette disposition fâcheuse que nous attribuons les retards, les accidents et les revers que l'on observait ; les fils rassemblés faisaient corps étranger, occasionnaient des inflammations suppuratives, des décollements étendus de l'urètre à la peau, et étaient autant d'obstacles à la guérison.

B. Si des surfaces cicatricielles séparent la peau de la membrane muqueuse de l'urètre, on doit les exciser en totalité, à l'exception des points les plus rapprochés du canal, dont on forme deux lambeaux latéraux, en suivant les procédés précédemment décrits.

Ces lambeaux, constitués par du tissu inodulaire, sont moins favorables que les lambeaux cutanés, mais permettent également des succès, quand on peut éviter l'inflammation, résultat auquel conduit notre nouveau procédé.

Dans le cas où, malgré toutes ces précautions, quelques pertuis fistuleux persisteraient, on les cautériserait avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode ou un petit cautère chauffé à blanc. S'il y avait plus tard de la tension et des brides sous-cutanées, susceptibles de nuire à l'élasticité des parties ou d'amener des tiraillements incommodes, faisant obstacle à une cicatrisation complète, on les diviserait par quelques incisions sous-cutanées. Enfin, l'on combattrait les dispositions morbides générales très-capables d'exercer une influence fâcheuse sur l'occlusion des plaies, et on accorderait une large place aux indications hygiéniques, sans lesquelles toute guérison reste souvent impossible.

Telles sont les règles que nous avons adoptées, et l'observation suivante paraît en confirmer la valeur.

Obs. M*** portait une large perte de substance, de 2 à 3 centi-

mètres de hauteur, à la portion sus-scrotale de l'urètre, et le pourtour de cette ouverture était formé, à une assez grande distance en tous sens, par une cicatrice mince, sèche et non adhérente. Une ulcération phagédénique avait été la cause de cette infirmité, dont la date remontait à un grand nombre d'années.

L'urétroplastie fut pratiquée le 3 novembre 1858, en présence de MM. le docteur Leuret, médecin principal, Herrgott et Bœckel, professeurs agrégés à la Faculté, et d'autres médecins attachés à l'hôpital militaire.

Le malade couché en décubitus dorsal et chloroformé, une sonde fut portée dans la vessie; le périnée et l'urètre furent fendus, au niveau du bulbe, par une incision longitudinale; la sonde fut retirée et une autre sonde du même calibre, dirigée entre deux stylets conducteurs par la plaie, fut conduite jusque dans l'intérieur de la vessie (voir, pour plus de détails, mon *Mémoire sur l'urétrotomie externe ou périnéale*). La membrane cicatricielle, séparée du pourtour de la fistule, forma deux lambeaux latéraux, dont le renversement de dehors en dedans devait servir à fermer l'urètre. Les bords excédants de ces lambeaux furent excisés, et, lorsque les dimensions en furent convenables, on les réunit sur la ligne médiane par trois points de suture entrecoupés. La peau fut ensuite largement disséquée du côté du prépuce et ramenée de haut en bas au devant des lambeaux profonds. Un des fils des sutures fut coupé près des nœuds et les fils restants furent dirigés au dehors de la plaie.

Aucun accident grave ne survint, mais la cicatrisation ne fut pas complète. Un peu de suppuration suivit un gonflement œdémateux assez marqué, et à la chute des fils, du quatrième au huitième jour, un pertuis de 4 à 5 millimètres persista et laissa passer les liquides injectés par le gland.

Nous essayâmes à plusieurs reprises de fermer ce pertuis avec une épingle et la suture entortillée. Les pansements à plat et la cautérisation au nitrate d'argent échouèrent également, et le 5 décembre j'eus recours à un nouvel avivement avec deux points de suture, dont les fils profonds furent ramenés par l'urètre; mais le moment opportun de cet utile procédé était passé, et nous ne réussîmes pas. La sonde périnéale était changée de temps à autre sans difficulté et donnait passage à l'urine.

Je fis quelques cautérisations au fer rouge, qui réduisirent le pertuis aux dimensions d'une tête d'épingle. Des applications de teinture d'iode concentrée le fermaient pendant deux ou trois jours, sans s'oblitérer définitivement. Je divisai par quelques sections sous-cutanées des brides qui fixaient les téguments aux parties profondes, et ne leur laissaient pas toute la laxité désirable. Le prépuce remonta après cette opération d'une manière assez notable, mais un second pertuis presque imperceptible s'ouvrit dans le trajet de la cicatrice, disparut, puis se reproduisit de nouveau.

Le 1er mars 1859, je retirai la sonde du périnée, dont la plaie était entièrement cicatrisée le vingtième jour. Pendant ce temps, le malade avait gardé une autre sonde, introduite par le gland dans la vessie. Le 5 avril, il retira définitivement cet instrument et continua

à uriner librement et à gros jet, sans éprouver aucun inconvénient de la persistance des pertuis, qui étaient à peine humides pendant la miction.

Nous pensâmes que le changement de régime, l'exercice et le grand air amèneraient dans la constitution lymphatique du malade un changement avantageux, et nous l'engageâmes à quitter l'hôpital ; peu de temps après, ce militaire était en effet radicalement guéri.

J'ai eu l'avantage de le revoir, et la consolidation de la plaie était parfaite.

Ce fait montre une fois de plus l'innocuité des incisions périnéo-urétrales faites en ligne longitudinale et directe.

C'est également un nouvel et remarquable exemple de succès de l'urétrotomie à double lambeau taillé en sens opposés, même dans des cas compliqués de large perte de substance, et la déviation du cours de l'urine paraît une des conditions de cet heureux résultat.

Cependant nous ne pouvons nous dissimuler que le traitement a été long, et nous sommes convaincu qu'on l'abrégerait beaucoup en adoptant le procédé que nous avons exposé, et qui consiste à faire sortir par l'urètre les fils des sutures des lambeaux profonds, et, en dehors de la plaie tégumentaire, ceux des lambeaux extérieurs.

Aucun corps étranger interposé entre les surfaces des lambeaux ne compromettrait la réunion, et l'on pourrait obtenir en quelques jours la guérison d'une infirmité dont la cure a exigé jusqu'ici plusieurs mois de traitement, en ayant surtout la précaution de faire les lambeaux profonds très-courts, pour empêcher la formation de cavités ou poches secondaires, dans lesquelles quelques gouttes d'urine restent parfois accumulées et gênent un peu la miction.

La guérison spontanée de la plupart des fistules urinaires, après le libre rétablissement du cours des urines, autoriserait à tenter l'urétroplastie par notre nouveau procédé, sans recourir à l'incision périnéale, et ce serait évidemment un grand progrès, puisque l'opération deviendrait plus simple, et qu'on pourrait en espérer un succès encore plus prompt.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvel aréomètre de M. le docteur Jeannel.

Parmi les divers objets de l'Exposition de Bordeaux qui ressortissaient à notre examen, se trouvait un nouvel aréomètre dont les principes de construction sont dus à l'un des professeurs les plus zélés

de l'Ecole de médecine de cette ville. Nous empruntons la description de cet instrument, et mieux encore un jugement sur la valeur de cette innovation, à un juge compétent, M. L. Figuier.

Lorsque des liquides de densités différentes sont en équilibre dans des vases communiquants, les hauteurs des colonnes de ces deux liquides sont entre elles en raison inverse de leurs densités. La simple application de ce principe de physique permettrait de déterminer la densité d'un liquide quelconque. Il suffirait de prendre un tube recourbé en deux branches communiquant entre elles, de placer le liquide dont il s'agit dans une des branches de ce tube et dans l'autre branche de l'eau distillée; en divisant la hauteur de la colonne du liquide mis en expérience par la hauteur de la colonne d'eau, on aurait la densité cherchée.

Mais la mesure exacte des colonnes liquides exige certaines précautions; de plus, l'introduction des liquides dans les tubes et leur évacuation de ces tubes donne lieu à divers embarras, de telle sorte que le principe que nous venons de rappeler, malgré son exactitude rigoureuse, n'a pas été appliqué jusqu'à présent à la détermination pratique de la densité des liquides. M. Jeannel, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Bordeaux, a imaginé une disposition fort ingénieuse, qui permet de déterminer la densité d'un liquide par l'application de ce principe.

L'instrument que M. Jeannel propose à cet effet se compose de deux tubes communiquant entre eux par l'intermédiaire d'une colonne de mercure contenue dans le fond d'un vase de verre, et qui les sépare l'un de l'autre. Les deux branches du tube étant remplies d'eau distillée, si dans l'une des branches, à l'aide de dispositions opératoires particulières que nous omettons ici, on remplace l'eau par un liquide plus dense, il faudra de cet autre liquide une colonne d'une moindre hauteur pour faire remonter l'eau distillée au point où elle était soutenue précédemment. Si, au contraire, le liquide versé dans le même tube est moins dense que l'eau distillée, il en faudra une colonne d'une plus grande hauteur, la hauteur des colonnes liquides dans les vases communiquants étant en raison inverse des densités de ces liquides. L'échelle collée sur ce tube donne d'abord la densité ou le volume pour le même poids que l'eau exprimé en grammes; elle donne aussi en regard le volume du kilogramme en centimètres cubes, puisque le centimètre cube est la millième partie du kilogramme d'eau [1].

---

[1] M. Jeannel a eu l'obligeance de mettre à notre disposition un certain

L'instrument nouveau, imaginé par M. Jeannel, est d'un maniement moins commode que les aréomètres flotteurs, mais il donne des indications beaucoup plus rapprochées de l'exactitude absolue, puisqu'il permet de constater aisément une différence de densité de 5 millièmes, et de tenir compte par une simple soustraction des corrections nécessitées par les variations de température, excepté, toutefois, pour les liquides alcooliques, qui exigent l'emploi de tables de correction.

Topique pulvérulent contre les tumeurs du sein de nature douteuse.

Il existe des tumeurs bénignes de la mamelle qui simulent à ce point le cancer que, dans un bon nombre de ces cas, des chirurgiens très-expérimentés n'hésitent pas à en conseiller l'extirpation. M. le docteur Chabrely vient de publier dans le Journal de médecine de Bordeaux plusieurs observations de ces sortes de tumeurs qui ont guéri, sans opération sanglante et après plusieurs mois de traitement non interrompu, par des applications répétées de la poudre suivante :

Pr. Fécule d'amidon.............................. 250 grammes.
Iode en poudre.............................. 0gr,50 à 1 gramme.
Chlorhydrate de morphine.............................. 0gr,40

Cette poudre est répandue préalablement sur une couche d'ouate et maintenue sur l'organe malade à l'aide d'une bourse de suspensoir.

Pastilles alumineuses.

Un médecin de Venise, M. le docteur Argenti, propose d'employer, en place des décoctions alumineuses qui sont prescrites en qualité de gargarismes dans les angines laryngo-pharyngées, dans les aphonies et les dysphonies des chanteurs, de même que contre les ulcérations aphtheuses de la bouche, qu'elles soient simples ou scorbutiques, scrofuleuses, mercurielles ou typhoïdes, les pastilles suivantes :

Pr. Sulfate d'alumine et de potasse (alun).
Gomme arabique.
Sucre.
Eau cohobée de laurier-cerise.
} De chaque, Q. S.

---

nombre de ces échelles ; nous en adresserons franco un exemplaire à tous ceux de nos lecteurs qui nous en feront la demande par lettre affranchie.

(*Note du Rédacteur.*)

pour faire des pastilles qui pèsent 40 centigrammes, et qui contiennent chacune de 2 à 3 centigrammes d'alun.

La masse bien manipulée, étendue sur une feuille de papier, distribuée en pastilles et desséchée à une douce chaleur, fournit un produit dans lequel la saveur astringente de l'alun est mitigée par des substances édulcorantes et qui peut se conserver pendant plusieurs mois.

On introduit ces pastilles dans la bouche et on les laisse fondre : la salive qui les a dissoutes porte le principe médicamenteux sur tous les points malades.

Depuis un assez long temps déjà, un pharmacien de Paris a préconisé la même forme pour l'administratiou du chlorate de potasse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la médication saturnine dans le traitement de la phthisie pulmonaire (¹).

L'observation suivante est une des plus importantes ; en effet, le malade qui en fait le sujet était atteint de phthisie pulmonaire encore peu avancée ; la constitution générale n'avait pas beaucoup souffert : le sous-carbonate de plomb a été administré avec persistance, à des doses beaucoup plus élevées et pendant plus longtemps. Nous allons donc examiner avec plus de développement l'état des poumons avant et après le traitement, afin de saisir les modifications qui ont pu être apportées dans les principaux symptômes par la médication saturnine.

Obs. IX. Le nommé Ceurat (Louis), âgé de vingt-six ans, soldat d'infanterie de la marine, entre à l'hôpital le 13 juin dernier; il paraît d'une bonne santé, cependant il nous apprend que depuis déjà longtemps il tousse habituellement ; de loin en loin il a éprouvé de courtes hémoptysies ; il a une tendance très-grande à s'enrhumer, et prétend avoir maigri depuis quelque temps. Peu de jours avant sa dernière entrée à l'hôpital, il fut exposé à un courant d'air frais, et contracta une nouvelle bronchite accompagnée de fièvre intense : à son arrivée à l'hôpital, il existait une toux très-fréquente, douloureuse, avec expectoration abondante, largement tachée de sang ; des douleurs vagues étaient répandues dans toute la poitrine ; pas de point douloureux localisé ; la percussion nous donne un peu de matité dans le tiers supérieur des deux poumons en arrière ; nous trouvons le bruit respiratoire sensiblement affai-

(¹) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 337.

bli, et l'oreille entend un mélange de râles sibilants et de râles muqueux ; à la fin des larges inspirations, on trouve quelques craquements humides, au sommet du poumon gauche ; il y a de la pectoriloquie ; le pouls est très-fréquent, la céphalalgie intense, la peau chaude et sèche ; le diagnostic porté est celui-ci : bronchite aiguë entée sur une phthisie au premier degré. Une saignée de 400 grammes est pratiquée dès le début de la maladie, et la potion rasorienne administrée avec persistance. Nous ne retrouvons pas sur le sang de la saignée la couenne inflammatoire que l'on rencontre habituellement dans les affections franchement aiguës des voies respiratoires ; la potion émétisée est facilement tolérée, et fait disparaître au bout de quelques jours les symptômes de la bronchite aiguë. Le malade était ramené, à la suite d'un traitement et d'un régime appropriés, à son état habituel de santé, c'est-à-dire qu'il toussait toujours, et qu'il continuait à expectorer comme par le passé des crachats nummulaires, visqueux, dont quelques-uns contenaient du pus et souvent des taches de sang; les râles bronchiques avaient presque complétement disparu ; on ne trouvait plus que la rudesse et l'affaiblissement du bruit respiratoire, quelques râles sous-crépitants à la fin de l'inspiration ; parfois, des sueurs nocturnes et souvent, le soir, un léger mouvement fébrile. Le moment était venu de commencer la médication saturnine ; le malade était alors dans les meilleures conditions pour permettre d'apprécier l'efficacité de ce nouvel agent ; le sous-carbonate de plomb fut administré concurremment avec l'huile de foie de morue, et un régime tonique ayant pour base les préparations de quinquina. Le malade est arrivé rapidement, mais progressivement cependant, à la dose de 1 gramme par jour ; il a même atteint celle de 1gr,50, dose que je n'ai pas voulu dépasser. Malgré l'administration du plomb, nous avons encore noté plusieurs fois des crachats mêlés de sang ; l'expectoration sous le rapport de la quantité a été, à très-peu de chose près, la même, cependant on peut admettre qu'il y a eu une légère diminution vers la fin du traitement ; les fonctions digestives sont revenues lentement à leur état primitif ; jamais de coliques ; il y avait trois ou quatre selles par jour ; les sueurs ont été sensiblement diminuées ; pas de douleurs articulaires ; le liséré gengival s'est montré très-tard, et n'était bien prononcé que vers les premiers jours d'août, alors que le malade prenait 1gr,50 de sous-carbonate de plomb par jour. Le traitement a été suspendu à la fin du mois d'août, ma conviction sur son inefficacité étant alors bien complète ; le malade sortait peu de temps après de l'hôpital, sans avoir éprouvé aucune amélioration pendant ce traitement de deux mois auquel il venait d'être soumis. Je l'ai vu depuis, et rien n'est changé dans l'état de sa santé.

Cette observation, je le répète, est de toutes celles que nous avons recueillies celle qui s'élève le plus contre les prétentions des préparations saturnines de triompher des principaux symptômes de la tuberculisation pulmonaire.

Obs. X. Dans cette dixième et dernière observation, c'est à l'acétate neutre de plomb que nous avons eu recours : nous avions à traiter un malade jeune encore, le nommé Maison (Louis), âgé de vingt-quatre ans, matelot de troisième classe, qui présentait des signes rationnels et physiques non douteux de phthisie avancée; l'acétate neutre de plomb a été administré à la dose de 5 centigrammes au début; nous avons pu la porter progressivement à la dose de 90 centigrammes par jour, sans aucun inconvénient pour le malade : le liséré de Burton seul a indiqué un commencement d'imprégnation saturnine; la toux a toujours persisté; l'expectoration a conservé la même abondance; les crachats les mêmes caractères muco-purulents; en dépit de la médication saturnine, la phthisie faisait des progrès rapides, et nous avons dû suspendre l'usage du plomb au bout de vingt-quatre jours, pour envoyer notre malade en convalescence.

— C'est après avoir remarqué que les ouvriers qui travaillent le plomb n'étaient que très-rarement atteints de tubercules pulmonaires que M. Beau, comme nous l'avons dit en commençant, avait été conduit à admettre qu'il existait une sorte d'antagonisme entre l'intoxication saturnine et la tuberculisation pulmonaire; d'où la dure nécessité de placer ceux qui sont prédisposés aux tubercules sous l'influence d'une cachexie saturnine en permanence; cruelle alternative qu'on accepterait cependant avec joie, si l'on était certain d'obtenir pour récompense la suspension même momentanée des accidents graves qu'entraîne presque toujours la phthisie. Mais l'antagonisme qui existerait entre l'intoxication saturnine et la tuberculisation pulmonaire est-elle mieux prouvée que celui admis par quelques auteurs entre la phthisie et la cachexie paludéenne? Ceci n'est peut-être pas encore parfaitement prouvé, et déjà, depuis que les idées de M. Beau se sont répandues dans le public médical, des faits en désaccord complet avec cette théorie ont été publiés dans quelques journaux. C'est ainsi qu'un médecin distingué de Bruxelles, M. Dieudonné, affirme avoir vu succomber à la diathèse tuberculeuse un bon nombre de dentellières ayant offert plusieurs fois des symptômes d'intoxication saturnine. Quant à nous, qui ne pouvons pas faire appel à notre propre expérience dans cette importante question, nous sommes obligé, en présence d'opinions contradictoires émanées d'observateurs également sérieux, d'accepter avec une grande réserve une théorie qui « pourrait bien, comme M. Debout, l'a dit n'être que le résultat d'une illusion d'un esprit ingénieux. » (*Bulletin de Thérapeutique*, 15 juillet 1859.)

En conseillant la médication saturnine dans le traitement de la phthisie, M. Beau n'a pas la prétention d'avoir trouvé le moyen de

guérir la tuberculisation pulmonaire ; il espère seulement arrêter les progrès de la maladie, en modifiant heureusement ses principaux symptômes. Les deux termes du problème que doit résoudre celui qui entreprend le traitement de la phthisie sont : de détruire la diahèse tuberculeuse, de s'opposer au développement du tubercule. Nous sommes loin de vouloir placer la guérison de cette redoutable altération au rang des rêves impossibles : on a trouvé l'antidote de la cachexie syphilitique ; la scrofule est, dans bien des cas, victorieusement combattue par les préparations iodées ; laissons à l'avenir l'espoir qu'un jour aussi on parviendra à se rendre maître de la diathèse tuberculeuse. Les prétentions de M. Beau, je le répète, ne vont pas encore si loin ; il ne prononce même pas le mot de *guérison ;* il annonce seulement qu'au moyen du sous-carbonate de plomb il parvient à supprimer la suppuration des plaies produites dans les poumons par les tubercules, à diminuer la toux qui fatigue les malades et les prive de leur sommeil, trouble la digestion, amène promptement cet état cachectique, précurseur d'une fin prochaine. Il espère enfin pouvoir obtenir la cicatrisation des cavernes, et enrayer ainsi, pour un temps indéterminé, les progrès de la maladie, seul résultat auquel peuvent aspirer aujourd'hui les efforts de la thérapeutique. Mais ce que M. Beau n'a pu obtenir avec le sous-carbonate de plomb aurait, à ce qu'il paraît, été heureusement réalisé par un praticien d'Alexandrie ; en effet, M. le docteur Furnel annonce, dans l'Union médicale du 20 août dernier, la guérison de trois cas de phthisie pulmonaire bien caractérisée, non pas, il est vrai, par le sous-carbonate, mais bien par l'acétate de plomb cristallisé, administré à dose assez faible, puisqu'il n'a jamais dépassé 20 centigrammes par jour.

Si les faits publiés par M. le docteur Furnel se multipliaient assez pour inspirer une confiance légitime dans l'action de l'acétate de plomb contre la tuberculisation pulmonaire, ce traitement serait d'autant plus précieux que, à la dose employée par ce praticien, ce sel détermine bien rarement des accidents d'intoxication ; malheureusement, tout le monde connaît l'insuccès complet des tentatives faites, à une époque encore peu éloignée de nous, par Fouquier, qui, pendant longtemps, administra contre les sueurs des phthisiques l'acétate de plomb cristallisé ; il le donnait parfois jusqu'à la dose de 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures, et jamais, cependant, Fouquier n'est parvenu à guérir la phthisie. M. Trousseau a nié également toute influence heureuse des sels de plomb dans la tuberculisation pulmonaire, tout en reconnaissant leur utilité dans certains catarrhes et bronchorrées chroniques.

A tous ces faits favorables à la médication saturnine, je viens opposer dix observations dans lesquelles cette même médication a été appliquée avec beaucoup de soin, dans des cas bien déterminés, et suivie avec confiance par les malades. Nous avons, jour par jour, étudié avec tout l'intérêt voulu l'action de ce nouveau traitement sur les principaux symptômes qui dominaient chez chacun de nos phthisiques, et nous avons eu la déception de voir la maladie marcher toujours avec rapidité vers une terminaison fatale. Quoique les résultats de nos expériences ne soient pas d'accord avec ceux annoncés par M. Beau d'abord, et par M. Furnel un peu plus tard, nous avons pensé qu'il était utile de les publier. Nous allons compléter ce que nous avons dit jusqu'ici, en examinant rapidement l'action du sous-carbonate de plomb sur chacune des grandes fonctions de l'économie. Nous avons souvent dépassé les doses prescrites par le savant professeur de la Charité; mais nous avons cru qu'il fallait, à tout prix, pour avoir quelques chances de succès, placer les malades sous l'influence d'un commencement de cachexie plombique; il fallait arriver au premier degré d'imprégnation saturnine, indiqué par le liséré gengival, l'arthralgie, les douleurs abdominales, etc. Chez plusieurs de nos malades, nous n'avons obtenu ce résultat qu'après leur avoir fait prendre 1 gramme de céruse dans les vingt-quatre heures; plusieurs même ont pu en ingérer 1gr,50 pendant plusieurs jours de suite, sans éprouver aucun accident sérieux.

I. Voies respiratoires. — 1° *Expectoration.* — L'expectoration est un des symptômes qui fatiguent le plus le malade; outre l'épuisement qu'elle cause souvent par son abondance, elle entretient la toux et empêche le sommeil; elle détermine parfois des vomissements qui troublent les digestions, paralysent la nutrition et tendent, par conséquent, à amener cet état de marasme qui entraîne promptement la mort. Ces vomissements étaient admis jadis par le professeur Fouquier, comme signe rationnel de la phthisie; cependant il ne faudrait pas leur accorder une trop grande valeur, car ils n'existent pas seulement dans cette dernière maladie; on les rencontre dans plusieurs affections des voies respiratoires, sans altération organique des poumons, telles que les bronchites chroniques, les bronchorrées; on sait aussi qu'ils sont à peu près constants dans la coqueluche. Quatre fois sur dix, nous avons noté ce symptôme chez nos malades. Bayle admettait que ces vomissements étaient déterminés, soit par une irritation sympathique de l'estomac, soit par les efforts de la toux : la plupart du temps, ils sont dus aux crachats épais et

visqueux, qui adhèrent aux parois du pharynx et à la base de la langue, et déterminent par un mouvement réflexe les contractions antipéristaltiques de l'estomac. Il est donc d'une importance capitale de diminuer l'abondance de l'expectoration. Chez plusieurs de nos malades, la suppuration pulmonaire était remarquable par son abondance; jamais nous ne l'avons arrêtée, ni modifiée d'une manière persistante, par la médication saturnine poussée souvent très-loin; la nature de l'expectoration a encore été moins modifiée que sa quantité; c'était toujours la même matière visqueuse, formée par un mélange de pus et de mucosités, souvent tachés de sang. Dans plusieurs cas nous avons fait peser la quantité de crachats expectorés dans les vingt-quatre heures, et nous avons trouvé parfois quelques légères différences, tantôt en plus, tantôt en moins; mais, en dernier résultat, nous arrivions toujours au même chiffre. Dans deux de nos observations (*obs.* I et IX) nous avons noté un peu d'amendement dans la quantité de l'expectoration; mais ne voit-on pas constamment une caverne se vider, donnant lieu, pendant quelques jours, à une exaspération marquée des principaux symptômes, puis, peu à peu, et souvent sans aucune intervention médicale, le calme se produire et la maladie sembler un instant stationnaire? Gardons-nous d'attribuer à nos efforts l'honneur d'une amélioration passagère dont la nature a seule fait tous les frais. C'est ce qui s'est produit chez le malade qui fait le sujet de notre première observation. Au moment où la médication saturnine a été commencée, il était sous l'influence d'une poussée, d'une crise, pendant laquelle s'étaient exaspérés les principaux symptômes; elle a duré quinze à vingt jours puis le malade s'est trouvé un peu mieux; mais ce que nous devions demander au sous-carbonate de plomb, ce qu'on lui faisait nous promettre, c'était une suppression à peu près complète de la sécrétion pulmonaire, et c'est ce que nous avons été bien loin d'obtenir. Nous en dirons autant du nommé Geurat (Louis) (*obs.* IX) : dans ce cas encore la marche de la tuberculisation est activée par une bronchite aiguë, survenue depuis quelques jours; mais cet homme, qui depuis trois ans toussait et crachait abondamment, sort de l'hôpital après avoir pris de la céruse pendant quarante jours, après avoir présenté le liséré gengival qui indique l'imprégnation saturnine, dans un état aussi grave qu'avant son entrée [1]. Chez les sept

[1] Le malade vient de succomber dans sa famille où nous l'avions envoyé en convalescence. La marche de la tuberculisation pulmonaire a été rapide et n'a subi aucun temps d'arrêt à la suite du traitement par le sous-carbonate de plomb.

autres malades, l'expectoration est restée la même ; très-abondante au début du traitement, elle a continué, en dépit des sels de plomb employés, à abattre les forces du malade, et nous nous sommes vu dans l'obligation d'accorder à ces pauvres phthisiques une dernière consolation, un congé de convalescence, qui leur permettait d'aller mourir dans leur famille.

2° *Toux.* — La toux suit généralement les mêmes variations que l'expectoration : comme conséquence forcée, nous avons donc noté la persistance de la toux chaque fois que les crachats étaient plus abondants, et le plomb, que nous avions trouvé sans effet sur l'expectoration, a été également impuissant contre la toux.

3° *Hémoptysie.* — Placé au rang des plus puissants astringents de la matière médicale, il était à présumer que le sous-carbonate de plomb parviendrait au moins à arrêter l'hémorrhagie du tissu pulmonaire. Mais ici, encore, notre espérance a été complétement déçue. Chez deux de nos phthisiques nous avons vu apparaître des hémoptysies abondantes, pendant même qu'ils prenaient des doses élevées de sous-carbonate de plomb, et ces hémorrhagies, qui ont duré de huit à dix jours, n'ont pas été sensiblement influencées par la médication saturnine. Chez d'autres les crachats présentaient habituellement des taches ou des stries sanguines, sur lesquelles la céruse a été sans action.

II. Voies digestives. — Chez plusieurs de nos malades, le traitement a déterminé de l'anorexie et une dyspepsie évidente ; nous étions placé dans l'alternative, ou de ne pas atteindre notre but, si nous ne produisions pas un commencement d'imprégnation saturnine, ou de gêner les fonctions de l'estomac, en lui donnant des doses trop élevées de céruse ; or, tout traitement de la phthisie manque nécessairement son but, s'il paralyse ou trouble même légèrement les fonctions de l'estomac. Quelquefois, mais rarement cependant, nos malades ont accusé des coliques qui ont toujours cédé facilement à des moyens simples ; jamais nous n'avons remarqué de constipation : il y avait toujours deux, trois ou quatre selles par jour ; inutile d'insister sur la coloration noire des matières évacuées. La soif n'a éprouvé aucune modification ; les malades buvaient de un à deux pots de tisane dans les vingt-quatre heures.

III. Circulation. — Chez ceux de nos malades qui présentaient un mouvement fébrile continu, dû à un travail de ramollissement tuberculeux, nous avons tout d'abord, et toujours avec succès, commencé par l'administration de la potion rasorienne ; mais cette fièvre hectique qui vient chaque soir, et contre laquelle l'émétique ne peut

rien, n'a pas été modifiée par le traitement saturnin ; au reste, nous n'y comptions pas et, ici, nous n'avons eu aucune déception. Une seule fois nous avons noté une lenteur marquée du pouls ; mais c'était là, probablement, une simple coïncidence plutôt qu'un effet du traitement.

IV. Sécrétion. — J'espérais que les sueurs seraient diminuées, mais jamais ce résultat n'a été constaté ; chez un de nos malades, il existait des sueurs profuses contre lesquelles tout avait échoué ; deux et trois fois la nuit il lui fallait changer de linge ; le plomb n'a rien fait ; les sueurs sont restées les mêmes. Chez neuf de nos malades, la sécrétion urinaire n'a rien éprouvé ; chez un seul il y a eu de la dysurie qui m'a mis dans l'obligation de recourir aux bains de siége, aux onctions avec l'huile camphrée, etc.

V, Etat général. — A l'exception d'un seul, tous nos malades ont maigri assez rapidement ; c'est dire que la phthisie suivait sa marche habituelle.

VI. Action générale et toxique du plomb. — Chez tous, deux seulement exceptés, j'ai constaté le liséré de Burton, parfaitement dessiné ; ce n'est guère que quand les malades étaient arrivés à la dose d'un gramme par jour que ce liséré apparaissait ; il était facile de suivre son évolution ; on voyait le rebord gengival prendre peu à peu une coloration légèrement rosée ; en même temps il existait un gonflement régulièrement dessiné, d'un demi-millimètre de hauteur ; quelques jours plus tard, une teinte grisâtre remplaçait la coloration rosée primitive, puis cette teinte elle-même brunissait de plus en plus et constituait, en dernier résultat, ce liséré donné comme l'expression certaine d'un commencement d'imprégnation saturnine. Deux ou trois fois nos malades ont accusé des douleurs vagues dans les articulations. Etaient-ce ces douleurs que l'on rencontre si fréquemment chez les phthisiques, ou bien devons-nous y voir l'arthralgie saturnine ? Ces douleurs n'ont jamais été assez fortes pour exiger la suspension du traitement, et elles n'ont pas persisté assez longtemps pour qu'on pût les attribuer au sel de plomb. Jamais nous n'avons rencontré d'analgésie, jamais de constipation et de douleurs abdominales prolongées. Plusieurs de nos malades avaient cette coloration jaune-paille du visage, cachet des affections organiques, et il est difficile de décider si elle était due à l'intoxication saturnine ou à la cachexie tuberculeuse.

Chez trois de nos malades, j'ai fait analyser, par M. Besnou, pharmacien en chef de l'hôpital, les crachats expectorés dans les vingt-quatre heures, et les recherches les plus minutieuses n'ont

jamais pu y démontrer la plus légère trace de plomb. J'ai fait prendre également des bains de Barèges pendant le cours du traitement, et nous n'avons remarqué à la peau aucun changement de coloration.

La médication saturnine n'aura-t-elle d'autre destinée que de venir figurer au catalogue, déjà si long, des médicaments vantés, à tort ou à raison, contre la tuberculisation pulmonaire? Loin de moi la pensée d'avoir à tout jamais prononcé sa condamnation; d'autres faits viendront peut-être détruire les miens. M. Beau lui-même, qui continue ses expériences, nous fera connaître plus tard les nouveaux résultats qu'il aura obtenus. Je serai toujours heureux de reconnaître que je me suis trompé, bien plus heureux encore de trouver moi-même dans le sous-carbonate de plomb une arme qui puisse me permettre de lutter, avec chance de succès, contre les symptômes les plus graves de la phthisie; mais j'attendrai de nouveaux faits un peu plus concluants avant de soumettre d'autres malades à la médication saturnine qni, jusqu'ici, ne m'a donné qu'insuccès et déception. J. Lecoq.

Doctrine dermatologique. — Réclamation de M. Devergie.

Très-honoré confrère,

Je trouve dans la partie bibliographique de votre numéro du 30 octobre le compte rendu des leçons faites à l'hôpital Saint-Louis par mes honorables collègues Hardy et Bazin; je lis ces phrases : « Lequel de ces deux auteurs, également recommandables, a marché « le premier dans la voie où les praticiens, nous l'espérons, ne « tarderont pas à les suivre ?... Tout le monde sait avec quelle at- « tention, Willan, Biett, MM. Cazenave, Schedel et Devergie ont « étudié les *lésions élémentaires topiques* dans les affections cuta- « nées... *A priori*, on eût pu prévoir que la thérapeutique n'en « découlerait pas, comme un corollaire d'un axiome démontré, « accepté, etc. »

Permettez-moi de vous faire remarquer que je ne suis pas du nombre de ceux qui ont fait découler la thérapeutique des formes morbides, des maladies de la peau, au moins *exclusivement*.

Je me suis élevé, dans mon traité sur ces maladies, avant MM. Hardy et Bazin, contre la classification de Willan. J'ai dit que ce n'était qu'une méthode de *diagnostic*, mais la méthode de diagnostic par excellence; tandis que la classification d'Alibert conduisait à la thérapeutique.

Moins hardi, il est vrai, que mes deux collègues, je n'ai pas créé de classification. J'ai présenté les maladies de la peau par *groupes* basés sur leurs affinités de causes, de formes et d'indications thérapeutiques. Je les ai rattachées à des conditions de tempérament, de constitution, d'âge, de professions et d'états morbides de certains organes internes de l'économie, conditions dont l'étude et l'appréciation conduisent nécessairement à la thérapeutique. J'ai le premier émis cette doctrine, que *les maladies de la peau ne différaient des autres maladies que comporte la pathologie médicale que par les formes variées qu'elles empruntent à la texture si complexe de la peau; qu'elles devaient être envisagées sous les mêmes points de vue que les affections des autres tissus et organes de l'économie, et traitées par conséquent d'après les mêmes principes.*

C'est donc à tort, cher confrère, que vous me citez au nombre des auteurs qui ont fait une étude toute spéciale des lésions *élémentaires topiques* des affections cutanées.

Mes études et mes doctrines ont pris une autre direction.

Ce n'est pas que je me rattache pour cela aux classifications de mes honorables collègues Hardy et Bazin. Je crois même qu'elles ne peuvent pas supporter un contrôle sérieux sans de graves préjudices : c'est ce que je chercherai à démontrer plus tard.

Suivant moi, c'est à Alibert qu'il faut reporter l'honneur d'avoir fait sortir d'un véritable chaos les maladies cutanées; de les avoir présentées avec une forme empreinte du cachet pratique le plus dessiné. Malheureusement, nous n'avons pas encore atteint le moment où la dermatologie pourra se dire en possession d'une saine classification.

Je tenais à relever l'erreur que vous avez involontairement commise, et qui ne tend rien moins qu'à une contradiction avec le compte rendu que vous avez fait de la première et de la seconde édition de mon Traité sur les maladies de la peau.

Veuillez agréer, etc., A. Devergie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Suite des documents sur le curare. — Nouvelle observation d'un tétanos fort grave traité sans succès par cette substance. — La Société de chirurgie est le corps savant qui a reçu le plus grand nombre de communications sur les propriétés du poison

indien. Le défaut d'espace nous force à les mentionner seulement. M. Bouvier a rappelé tout d'abord les recherches publiées en 1855 par M. Alv. Reynoso. Il en résultait que le curare, appelé aussi *woorara, urali, wôurari*, etc., est préparé tantôt avec une même plante, tantôt avec des plantes différentes, mais contenant toutes un principe identique qui, selon M. Reynoso, avait pour caractère spécial de n'être absorbé qu'à la condition d'être mis en contact avec le sang. Cette opinion, qui exclut l'absorption par la muqueuse digestive, avait été acceptée par les expérimentateurs les plus éminents. Aussi M. Martin-Magron a-t-il cru devoir informer la Société qu'on faisait fausse route en croyant, sur la foi des voyageurs, que le curare n'agit pas lorsqu'il est administré à l'intérieur.

M. Broca, à propos de cette communication, a repris l'étude des expériences faites par Fontana : elles établissent de la façon la moins contestable l'action du curare ingéré dans l'estomac. Seulement la dose du poison doit être plus considérable lorsque l'animal a mangé que lorsqu'il est à jeun. Ainsi, un lapin qui résistait à une dose de 30 centigrammes donnés pendant la digestion succombait plus tard à une dose de 15 centigrammes administrés à jeun. La mort arrive dans ce cas comme dans ceux où le poison a été introduit dans le tissu cellulaire, avec cette différence, toutefois, que l'absorption stomacale étant plus lente, les effets du curare sont plus tardifs. M. Broca est porté à croire que cette marche plus lente des phénomènes, donnant une permanence plus grande à l'action spéciale de la substance, doit ne pas faire négliger l'administration à l'intérieur, lorsqu'il s'agit du traitement du tétanos. M. Broca a encore insisté, avec raison, sur la nécessité de n'employer qu'une seule espèce de curare, celui de l'Amérique du Sud, le seul qui ait été expérimenté par les physiologistes.

Le mieux serait encore, si la chose était aujourd'hui possible, de suivre le conseil de M. Velpeau, et d'user seulement du principe actif du curare, la *curarine*, découverte par MM. Boussingault et Roulin. Avec l'alcaloïde seul, il serait possible de régulariser les tentatives qui se poursuivent avec ce nouvel agent thérapeutique. Mais l'impatience des expérimentateurs ne saurait attendre, et il faut qu'ils se servent du curare. Comparant les résultats des divers essais tentés, M. Broca pense qu'il est possible d'employer, chez l'homme, la dose de 15 centigrammes dans une seule inoculation sous-cutanée, et celle de 3 à 4 grammes en potion, pourvu que le malade ne soit pas à jeun. Dans les cas où des phénomènes toxiques auraient lieu, le seul remède à mettre en œuvre serait

de pratiquer la respiration artificielle à l'aide d'un tube laryngien.

Cette pratique, nous l'avons déjà mise en relief, car elle était basée sur le fait que le cœur continue à battre longtemps encore après que la respiration a été suspendue, lorsque l'intoxication a été produite par le curare même. M. Giraldès a rappelé à la Société un mémoire de MM. W.-A. Hammond et Weir Mitchel, ayant pour sujet le *corroal* et le *vao*, deux variétés de curare, provenant de la Nouvelle-Grenade, et qui auraient la propriété, suivant ces auteurs, de paralyser le cœur. Ce fait démontre de nouveau la nécessité de ne pas accepter toute espèce de substance.

La diversité de ces documents prouve que le moment de la discussion n'est pas encore venu, et qu'il importe de continuer à enregistrer tous les faits qui se produisent. En voici un nouveau que M. Follin est venu communiquer dans la séance du 9 novembre; la précision des détails et la détermination des doses de curare employées et absorbées en font un document précieux.

Le sujet de l'observation est un jeune homme de seize ans : il portait une plaie contuse à la partie dorsale de l'avant-bras droit, qui avait été saisi entre deux rayons d'une roue de moulin.

Il était entré à l'hôpital le 28 octobre. Le 3 novembre, le bras était tout à fait dégonflé : le sujet ne souffrait aucunement. Néanmoins, il y avait ce jour-là un peu de trismus. Le 4, les accidents tétaniques étaient très-prononcés. Impossibilité d'ouvrir la bouche, contraction des sterno-mastoïdiens, soubresauts de tout le corps, contraction des muscles thoraciques, respiration abdominale, déglutition très-difficile, opisthotonos. La plaie n'a aucun mauvais caractère. On commence à huit heures et demie du matin les injections de solution de curare au centième, au moyen de la seringue Pravaz. Depuis ce moment jusqu'au lendemain trois heures et demie du matin (heure de la mort), on a injecté :

1° 10 gouttes d'une solution de curare au centième; 2° 253 gouttes d'une seconde solution contenant 0gr,30 de curare pour 11gr,30 de solution; 3° 170 gouttes d'une troisième solution contenant 0gr,53 de curare pour 15gr,88 de solution. En admettant que le poids d'une goutte de ces solutions soit à peu près de 0gr,038, il s'ensuit que le poids des 10 gouttes de la première solution est de 0gr,38, contenant 0gr,0038 de curare; que le poids de 253 gouttes de la deuxième solution est de 9gr,614, contenant 0gr,255 de curare; que le poids de 170 gouttes de la troisième solution est de 6gr,460, contenant 0gr,246 de curare. Donc le malade a dû absorber, en totalité, 0gr,0038+0gr,255+0gr,246 =0gr,5048 de curare, ou environ 50 centigrammes.

Ces injections ont été faites d'abord dans le tissu cellulaire de l'avant-bras, au-dessus de la plaie, et, plus tard, sous la peau du thorax.

Comme nous l'avons dit plus haut, les accidents ont été en s'aggravant, sauf de légères détentes, très-passagères, vers dix heures du matin et vers minuit; détentes qu'on observe, d'ailleurs, dans le tétanos exempt de tout traitement. Des contractions analogues à des crampes sont survenues dans le bras gauche

et la cuisse correspondante ; rien de pareil n'a eu lieu dans le bras droit, qui est le siége de la plaie. La respiration s'est embarrassée de plus en plus, et le sujet a succombé avec des symptômes d'asphyxie.

A l'autopsie, on a constaté les lésions suivantes : injection superficielle du cerveau et de la moelle ; couleur rosée du poumon droit (ce viscère renferme une masse enkystée de matière analogue à du mastic liquide) ; masses noirâtres à la partie postéro-supérieure du poumon gauche.

Légère congestion rénale ; ecchymoses dans le tissu cellulaire des muscles du bras, sur le trajet des nerfs, sur le nerf radial surtout, au niveau du pli du coude ; ecchymose considérable sur le médian, au pli du coude, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, depuis le tiers inférieur du bras jusqu'au milieu de l'avant-bras. On en trouve également sur le trajet du nerf cubital.

A la partie inférieure de la région dorsale de l'avant-bras, une excavation profonde, s'étendant au-dessous des tendons des extenseurs des doigts intacts. Dans cette cavité, le radius se trouve à nu ; les muscles qui se rendent au pouce sont déchirés. Le radius est à nu dans l'étendue de 6 centimètres, sur sa face interne et postérieure. L'épiphyse inférieure du radius est décollée. L'articulation radio-cubitale inférieure est remplie de pus. Le fragment supérieur est fendu longitudinalement dans l'étendue de 6 à 7 centimètres. Oblitération de l'artère radiale au niveau de la plaie. Articulations radio-carpienne et du coude intactes.

M. Follin a recueilli de M. Cl. Bernard quelques renseignements dans lesquels se trouverait peut-être en partie l'explication de son insuccès. L'habile physiologiste a observé, en effet, que les animaux malades ne sont plus influencés par le curare de la même façon que les animaux bien portants. Ainsi, tandis qu'une grenouille saine est aisément tuée par une petite dose de curare, une grenouille qui a été torturée et mutilée résiste très-bien à une dose plus considérable du même poison. M. Follin se rappelle avoir entendu un interne des hôpitaux lui raconter l'histoire d'une fouine qui, après être restée douze jours sans manger, et après avoir subi une foule de mauvais traitements, ne put être empoisonnée que très-difficilement, par des doses énormes de curare mis en contact avec des plaies récentes.

En présence de ces faits, M. Follin s'est demandé si la quantité de curare injectée chez son malade n'a pas été insuffisante. M. Broca le pense ; selon lui, il eût fallu débuter par l'injection de 3 à 4 centigrammes de curare. Un seul centigramme n'est pas capable d'agir sur un homme. Le poison, d'ailleurs, s'élimine très-rapidement par les urines ; or, on comprend que, ayant absorbé 40 ou 50 centigrammes dans sa journée, le malade ait pu n'être jamais assez influencé par le curare pour qu'il y ait eu neutralisation de l'acte morbide. L'administration avait lieu par minimes fractions ; que pouvait faire, par exemple, un centigramme de curare administré toutes les demi-

heures, si une demi-heure suffit à l'élimination de cette dose déjà trop faible par elle-même ?

On voit combien de motifs d'incertitude règnent encore, quant à l'administration du curare comme traitement du tétanos. Aussi ne tardera-t-on pas, nous en sommes convaincu, à abandonner ces essais pour revenir aux médications anciennes.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Blennorrhée (*Emploi topique de la teinture alcoolique d'aloès contre la*). Ce remède, qu'on nous présente comme nouveau, se trouve signalé depuis longtemps déjà, et à plusieurs reprises, dans ce journal; cela ne doit pas nous empêcher d'enregistrer le témoignage de M. Gamberini, de Bologne, clinicien des plus compétents. A l'appui de l'usage de l'aloès, ce médecin cite le fait d'un jeune homme qui était affecté depuis plusieurs mois d'un suintement que des injections de sulfate de zinc, d'ergotine, de perchlorure de fer, n'avaient pu que diminuer. M. Gamberini lui prescrivit trois injections par jour avec le mélange suivant :

Eau................	120 gramm.
Teinture alcoolique d'aloès.........	16 gramm.

Au bout de quinze jours, toute trace d'écoulement avait complétement disparu. L'emploi de ce topique ne causait qu'une cuisson momentanée. — L'auteur a obtenu d'autres succès encourageants ; mais, comme ses prédécesseurs, il a vu l'aloès échouer un certain nombre de fois. (*Il filiatre Sebezio* et *Gaz. méd. de Lyon*, septembre 1859.)

Cataracte (*De la méthode galvano-caustique appliquée à la guérison de la*). La galvano-caustique n'a probablement pas dit son dernier mot, et plus d'une application chirurgico-médicale déposée en germe dans les premiers travaux de M. Middeldorpff n'attend sans doute qu'une occasion favorable pour se montrer. Voici, sauf contrôle, quelques applications au traitement des maladies des yeux, dont M. le docteur Tavignot a puisé l'idée dans les essais de l'habile professeur de Breslau que nous venons de citer et dans les travaux de M. P. Broca. C'est à la cataracte que notre confrère a principalement songé à faire cette application. « L'idée de créer de toutes pièces dans le cristallin et en regard de la pupille une sorte de viaduc pour le passage des rayons lumineux, dit M. Tavignot, est, je crois, la première qui se serait présentée à l'esprit des chirurgiens, si toutefois les moyens d'exécution eussent été en leur pouvoir. » Or, la galvano-caustique lui a paru devoir donner ce moyen. Voici le procédé qu'il a imaginé pour pratiquer cette opération et les instruments à l'aide desquels il l'effectue.

Les instruments se composent : 1° du kératotome trilamellaire de Tavignot (qui ne diffère des autres instruments du même genre que par le développement sur l'une de ses faces d'une arête tranchante, afin d'obtenir une incision cornéale à trois branches) ; 2° de la tige galvano-caustique elle-même, présentant un léger renflement à son extrémité libre, et un peu plus loin un angle presque droit avec le corps principal de l'instrument. Cette tige en platine, formée par la juxtaposition des deux conducteurs, n'est libre que dans l'étendue de 3 ou 4 millimètres; partout ailleurs elle est recouverte d'une couche d'émail, afin de prévenir la cautérisation de la cornée ou de l'iris; 3° enfin, de la pile galvanique de Grenet, laquelle est à un seul liquide et fonctionne, comme on sait, avec le bichromate de potasse, sous l'influence de l'insufflation.

Tout étant disposé selon les règles ordinaires, M. Tavignot procède de la manière suivante à la *canalisation* de l'appareil cristallin. 1° Une ponction de 6 millimètres est pratiquée avec le kératotome à la circonférence externe de la cornée. 2° Par cette ouverture comme étoilée, il engage rapidement la tige galvano-caustique de manière à mettre en contact, sans pression au-

cune, son extrémité libre avec la face antérieure de la capsule cristalline. 3° Le courant de la pile est établi alors; son activité est accrue peu à peu pendant que l'opérateur imprime à l'instrument des mouvements de va-et-vient dans divers sens, associés à un mouvement de circumduction. On perfore ainsi de part en part la partie centrale du cristallin, de manière à établir un canal d'environ 3 ou 4 millimètres de diamètre. Ce résultat obtenu, on interrompt le courant, puis la tige déjà refroidie est dégagée de l'œil.

La canalisation du cristallin, d'après M. Tavignot, n'est point une opération douloureuse; le malade n'accuse que la sensation produite par la ponction cornéale. Cette méthode a, à ses yeux, l'avantage d'être applicable à toutes les espèces de cataractes, même et surtout à celles qui restent le plus habituellement rebelles aux méthodes ordinaires, et de pouvoir être répétée plusieurs fois sur le même œil, en cas d'insuccès des premières tentatives.

La vision, ajoute enfin M. Tavignot, ne se rétablit pas immédiatement après cette opération; ce n'est que du dixième au douzième jour en moyenne qu'elle a lieu, c'est-à-dire après la résorption des flocons albumineux dus à l'action galvanique. Quant aux soins consécutifs, ils sont très-simples et ne consistent qu'à appliquer des compresses imbibées d'eau glacée pendant les premières heures et à administrer quelques purgatifs salins.

Cette nouvelle méthode d'opérer la cataracte trouvera-t-elle beaucoup de partisans? L'idée n'en est peut-être pas mauvaise, elle ne manque toujours pas assurément d'originalité. Mais il lui faudra la sanction d'une expérience sérieuse avant d'entrer dans la pratique. Dans tous les cas, nous engageons les praticiens qui voudraient la tenter à imiter la prudence de M. Tavignot, et à ne faire cette opération sur l'homme qu'après l'avoir essayée sur les animaux. (*Gaz. des hôpit.*, octobre 1859.)

Hernie étranglée. *Traitement par le taxis forcé et prolongé.* Nous avons souvent préconisé dans le *Bulletin* les divers agents médicaux susceptibles de faciliter ou de produire la réduction de l'étranglement herniaire, et plus d'une fois nous avons signalé les inconvénients et même les dangers que pouvait avoir un taxis trop prolongé. Nous n'entendions pas assurément proscrire par là le taxis, mais seulement en restreindre l'usage dans les limites que commande la prudence. Cependant c'est encore là un sujet de débat et de discussion entre les chirurgiens. Voici sur ce point l'opinion exprimée devant l'Académie par M. le professeur Gosselin, opinion fondée, comme on le verra, sur les résultats d'une pratique déjà très-étendue.

Sur 85 malades atteints de hernie étranglée auxquels il a été appelé à donner des soins, M. Gosselin en a traité lui-même 35 par le taxis, et le plus souvent par le taxis forcé, prolongé de vingt à soixante minutes. Sur 19 d'entre eux, la hernie était inguinale; sur 13 elle était crurale; sur les 3 autres elle était ombilicale. Voici quels ont été les résultats : pour les hernies inguinales, 17 ont été guéries sans accidents et promptement; 2 n'ont pu être réduites, malgré les efforts qui ont été faits, et ont été opérées plus tard. Pour les hernies crurales, 5 ont été guéries, 4 n'ont pu être réduites et ont été opérées avec succès; 1 n'a pu être réduite et n'a pas été opérée, parce que le malade s'y est refusé obstinément; 1 autre s'est terminée par la mort, après réduction d'un intestin qui était perforé, quoique l'étranglement datât de onze heures seulement. L'autopsie a permis de reconnaître que dans ce dernier cas l'étranglement avait porté sur une anse incomplète, c'est-à-dire non accompagnée par le mésentère. Pour les hernies ombilicales, la guérison a eu lieu dans ces trois cas sans accidents.

Dans la plupart des cas l'étranglement était récent et datait de douze à soixante-dix heures pour les hernies inguinales; de douze à trente-six pour les hernies crurales. M. Gosselin pense que ces dernières ne doivent pas être soumises au taxis aussi tard que les premières, parce que l'expérience a démontré que la gangrène y survenait plus rapidement, surtout dans le cas d'anse incomplète.

M. Gosselin n'a pas employé les moyens préparatoires ou préalables usités, tels que bains, sangsues, lavements de tabac, etc., convaincu que ces moyens ajoutent peu à l'efficacité du taxis; mais il a soumis la plupart des malades à l'anesthésie chloroformique. Il a toujours commencé par des pressions douces et modérées, puis, lorsque la réduction n'était pas obtenue au bout de cinq ou six minutes, il a augmenté la force des pressions, en les exécutant avec les deux

mains, se penchant au-dessus du malade pour ajouter une partie du poids de son corps ; souvent, enfin, faisant placer au-dessus de ses mains celles d'un aide vigoureux, de manière à faire ce qu'il appelle le taxis à quatre mains. Il a continué ces manœuvres pendant vingt, trente, quarante et cinquante minutes, et ne s'est arrêté que quand la hernie s'est trouvée réduite, ou quand la résistance était restée telle, au bout de ce temps, que l'étranglement lui a paru invincible par ce moyen.

En résumé, il résulte pour M. Gosselin, de ses observations et de son expérience pratique, sur ce point de chirurgie, que le taxis forcé est moins dangereux et plus utile que ne l'ont cru beaucoup de chirurgiens, et qu'il peut être tenté sans crainte dans les 70 premières heures, sur les hernies crurales et ombilicales. Pour lui, le traitement de l'étranglement herniaire est essentiellement chirurgical, et doit consister dans l'emploi immédiat du taxis, lorsqu'il est possible, ou dans l'opération, lorsque la prudence ne permet plus le taxis. Il n'admet la temporisation que dans les cas où, le diagnostic n'étant pas suffisant, on a besoin, pour s'éclairer, de donner un purgatif. Quant aux autres moyens conseillés, avant d'en venir à l'opération : bains, sangsues, lavements de tabac, glace, belladone, café, etc., il ne les emploie que dans les cas encore trop fréquents, dit-il, où les malades ne veulent consentir ni aux manœuvres du taxis, ni à celles de l'instrument tranchant. Lorsqu'on lui laisse la liberté d'agir, il la rejette absolument. — C'est contre ce rejet absolu, seulement, que nous faisons des réserves à l'égard des préceptes, d'ailleurs si sages et si bien motivés, de M. Gosselin. (*Gaz. des Hôpit.*, octobre 1859.)

Hydrocèle. *Modification du traitement par les injections iodées.* Frappé de la différence de durée du traitement de l'hydrocèle par l'injection, suivant le volume de la tumeur, et considérant que les hydrocèles les plus lentes à guérir, c'est-à-dire les plus volumineuses, sont aussi les plus sujettes à récidive, M. Voillemier a cherché le moyen de rendre l'épanchement secondaire que provoque l'injection aussi peu abondant que possible. Il a pensé qu'on pourrait atteindre ce résultat en empêchant l'ampliation de la tunique vaginale. Voici le procédé qu'il a imaginé à cet effet : l'opération étant faite, d'après le procédé ordinaire et l'injection évacuée, il passe sous les bourses une bandelette de diachylon de 2 centimètres de largeur et assez longue pour que les chefs puissent être croisés au-dessus du pubis. Il place ainsi trois ou quatre bandelettes, en ayant soin de ne pas les croiser trop près de la base de la verge, ce qui produirait un œdème assez incommode de son fourreau. Avec d'autres bandelettes, il enveloppe les bourses à leur base par plusieurs circulaires, pour empêcher, autant que possible, les testicules de remonter vers les anneaux. Ces circulaires, ainsi que les premières bandelettes, forment une sorte de charpente et de point d'appui pour d'autres bandelettes plus courtes qui, allant du périnée à la base de la verge, complètent l'enveloppe du scrotum. On doit mettre une triple et quadruple couche de bandelettes que la main échauffée transforme en une enveloppe unique, une sorte de carapace très-épaisse. Cela fait, on soutient les bourses avec un suspensoir qui empêche le bandage de glisser, et le malade, s'il est débarrassé des douleurs déterminées par l'injection iodée, peut se lever et se promener. Les bandelettes sont enlevées le deuxième ou troisième jour, si elles ne sont point dérangées, et voici dans quel état les bourses sont le plus souvent : à la partie inférieure du scrotum, on remarque un gonflement que l'on croit d'abord produit par la présence du testicule ; ce n'est que de l'œdème dû, sans doute, au liquide sécrété par la tunique vaginale, mais qui, n'ayant pu la distendre, à cause de la résistance opposée par les bandelettes, est sorti par la piqûre du trocart, et s'est infiltré dans le tissu cellulaire. Ordinairement on ne trouve qu'une très-petite quantité de liquide dans la séreuse ; souvent même il est impossible d'en constater la présence. Les tissus semblent plutôt empâtés, comme si la vaginale contenait une matière molle et plastique. Souvent, lorsqu'on froisse doucement le scrotum entre les doigts, on perçoit une crépitation fine, abondante, due à la présence de fausses membranes tapissant la tunique vaginale. Quant au testicule du côté malade, il est remonté vers l'anneau, malgré le soin avec lequel on a appliqué les bandelettes circulaires de diachylon pour l'en éloigner. Il est généralement augmenté de volume et douloureux, mais beaucoup moins qu'il ne l'est après l'opé-

ration, telle qu'on la pratique généralement. Le bandage de diachylum doit être appliqué comme il l'a été pour la première fois. On le renouvelle ainsi toutes les quarante-huit heures. Au bout de huit à dix jours, le malade qui n'a cessé de se lever, de marcher, est guéri. Il n'a plus qu'à porter un suspensoir, par prudence, pendant quelque temps.

Le premier et le plus important avantage de ce traitement, suivant M. Voillemier, est d'abréger la durée du traitement. Tandis qu'avec l'injection iodée la durée moyenne du traitement est de vingt jours, avec le bandage de diachylon, convenablement employé, elle n'est ordinairement que de dix jours. Un autre avantage est de ne point obliger les malades à garder le lit. A part ceux chez lesquels l'injection a provoqué des douleurs vives et qui se prolongent un certain temps, ils se lèvent presque aussitôt après l'opération, et tous affirment qu'ils n'éprouvent point de douleurs, et à peine un peu de gêne dans la marche. (*Union méd.*, octobre 1859.)

Nymphomanie *guérie par une émotion morale.* Une charmante jeune fille de Saragosse, appartenant à une famille noble, riche et des plus honorables, terminait une brillante éducation dans un monastère, lorsqu'elle fut prise d'une nymphomanie qui parut s'être développée par la lecture de la *Nouvelle Héloïse* et de quelques autres romans. Le médecin de la famille, M. Ester, persuadé qu'il ne pourrait enrayer la vésanie qu'en agissant fortement sur l'imagination de la jeune fille, l'emmena brusquement et sans explication à l'hôpital des femmes vénériennes et la mit en présence d'une malade couverte d'ulcères syphilitiques et dans le plus déplorable état. Les souffrances, les regrets, les plaintes, les imprécations de cette infortunée produisirent une vive impression chez cette jeune fille, qui revint immédiatement à des pensées chastes et pures. Depuis cette époque, cette demoiselle s'est mariée et est devenue mère de famille; elle n'a cessé d'être un modèle de grâces et de vertus. (*La España med.* et *Union méd. de la Gironde*, août 1859.)

Paralysie (*De la*) *des muscles des gouttières vertébrales.* Cette étude, faite par le docteur Zuradelli dans des termes tout à fait généraux, embrasse diverses paralysies des muscles spinaux, sans distinction de cause ou d'origine. L'ensemble des caractères nosologiques communs à toutes les variétés peut se résumer ainsi :

1° Douleur sourde, correspondant à la région lombaire, s'exacerbant principalement par la station longtemps prolongée, diminuant, au contraire, par le repos au lit. Chez les personnes très-sensibles, on observe souvent des névralgies qui peuvent être générales et affectent de préférence les nerfs intercostaux. Dans quelques cas, la peau est insensible tout le long de la colonne vertébrale.

2° Cyphose d'autant plus prononcée que l'affection est plus ancienne ou plus douloureuse. Au début, cette incurvation est tellement légère qu'on l'attribue souvent à une habitude vicieuse; mais, dès ce moment, les angles des omoplates sont plus saillants qu'à l'état normal. Plus tard, la tête tombe sur le devant de la poitrine, s'éloignant de plus en plus d'une ligne perpendiculaire à la colonne vertébrale. Les épaules semblent s'élever en même temps, et l'espace qui les sépare de la tête paraît se raccourcir.

3° Excavation des gouttières vertébrales, qui fait que les extrémités vertébrales des côtes, inaccessibles à l'exploration directe dans l'état normal, peuvent être distinguées plus ou moins facilement.

4° Quelques points douloureux au niveau d'une apophyse épineuse lombaire; cette douleur siége probablement dans les ligaments, qui sont tiraillés par suite de la perte de la tonicité musculaire.

5° Une élasticité particulière que l'on constate au niveau des apophyses épineuses et transverses des vertèbres; elle est due à la tension de l'aponévrose du grand dorsal et des petits dentelés postérieurs au niveau du vide formé par l'atrophie des muscles. Ce symptôme n'est bien prononcé que dans les périodes avancées de la maladie; pour le constater, il faut faire contracter le grand dorsal.

6° La station verticale prolongée est impossible en l'absence d'un soutien; au bout d'un temps plus ou moins court, le tronc ne peut plus être maintenu dressé par les muscles spinaux, et la fatigue extrême de ces muscles ou même la chute du tronc en avant force le malade à prendre une autre attitude.

7° L'extension complète du tronc est impossible lorsque le malade n'a pas un point d'appui pour les extrémités

supérieures; lorsqu'il s'appuie, par exemple, avec les deux mains sur une table, l'extension du tronc se fait encore, bien que lentement, grâce aux grands dorsaux.

8° Altération des courbes naturelles de la colonne vertébrale. La concavité de la région cervicale est la première à s'effacer; elle peut être remplacée plus tard par une convexité légère. La courbure normale de la région dorsale s'exagère plus tard. La cambrure de la région lombaire reste presque toujours intacte. On remarque cependant quelquefois dans cette région des incurvations latérales.

9° La colonne vertébrale tout entière s'incline un peu à droite.

10° La faradisation des muscles des gouttières ne produit plus qu'un redressement incomplet de la colonne, et l'on ne peut plus, à l'aide de ce moyen, obtenir un renversement du tronc en arrière.

11° Abstraction faite de l'incurvation anormale de la région cervicale inférieure, les mouvements du cou sont libres.

12° Enfin la mobilité des vertèbres les unes sur les autres est augmentée, ce qui est dû au relâchement des muscles qui remplissent plus ou moins les fonctions de ligaments, et leurs mouvements peuvent même s'accompagner d'un certain bruit analogue à la crépitation que l'on perçoit dans certaines luxations. (*Gazetta medica italiana-lombarda*, 1859.)

Rétroversion *de l'utérus dans l'état de grossesse*; *nouveau procédé opératoire*. Ce procédé que M. Négrier désigne sous le nom de *réduction à poing fermé* s'exécute comme suit. La femme étant placée sur le bord du lit, les cuisses écartées et les pieds posés sur deux chaises, le chirurgien introduit la main tout entière dans le vagin, la ferme complétement et la tourne en supination dès que sa portion la plus volumineuse a franchi l'anneau vulvaire; alors prenant sur le bord du lit un point d'appui pour son coude, il fléchit l'avant-bras sur le bras, manœuvre pendant laquelle le poing placé à l'extrémité du levier parcourt exactement la courbe de l'excavation pelvienne, dans le sens le plus favorable à la réduction. (*Gaz. médicale*, 1859.)

Tumeur *fongueuse ou vasculaire de l'iris*; *son ablation par la ligature*; *retour de la vision*. Les cas de tumeurs de l'iris ne sont pas très-communs; ce qui est plus rare encore, c'est de voir le retour de la vision suivre la chute d'une excroissance d'un semblable volume. A ce titre, le fait suivant, publié par M. Vallez, de Bruxelles, mérite d'être mis en relief.

Obs. M. C***, ancien inspecteur d'octroi, âgé de soixante-sept ans, doué d'une bonne constitution, portait depuis un an, sur l'œil gauche, une excroissance bosselée, d'un noir de jais et de la grosseur d'un pruneau. Dans l'espoir d'en obtenir la résolution, le malade avait fait usage de plusieurs collyres; mais bien loin de diminuer, la tumeur s'était accrue sensiblement, au point que les paupières ne pouvaient plus la recouvrir. Elle cachait complétement la cornée, paraissait fortement adhérente à cet organe, n'occasionnait aucune douleur, si ce n'est une gêne mécanique, et donnait au malade un aspect hideux. Quoique cette tumeur fût volumineuse, eu égard à son siége, elle était néanmoins sans inflammation aiguë, de même que l'œil et les paupières. On comprima plusieurs fois de suite et en tous sens cette végétation; mais comme elle présentait toujours une égale résistance, on augura qu'elle était adhérente à l'œil par une large surface. On supposa donc que le bulbe oculaire était fortement compromis, et l'opération fut proposée. Cependant, avant de recourir à l'instrument tranchant, on trouva un autre moyen : l'excroissance fut cernée avec une ligature. Le succès fut complet; la tumeur céda tout à coup à la ligature et se détacha comme un fruit mûr. Une hémorrhagie s'ensuivit. Dès que celle-ci fut arrêtée, on vit que le champignon n'en était sorti de la coque oculaire, à la région du cercle ciliaire, du côté temporal. On cautérisa fortement la plaie avec le nitrate d'argent. On fit des applications froides permanentes sur l'œil; et, afin d'éviter les adhérences anormales du bulbe avec les paupières et de faciliter la chute de l'escarre, on fit toutes les deux heures des instillations, à l'aide d'un pinceau en blaireau, d'un collyre composé d'acide citrique et de glycérine.

En peu de jours, l'inflammation traumatique avait disparu. La pupille a conservé sa forme normale, ainsi que ses mouvements. La vision s'est rétablie si bien, que cinq semaines plus tard l'opéré voyait parfaitement.

Quatre mois se sont passés depuis

l'opération, et rien n'annonce qu'il doive y avoir repullulation.

Urètre (*Effets généraux produits par des substances introduites dans l'*). On sait que lorsqu'on introduit dans le canal de l'urètre une sonde dont l'extrémité est enduite d'une pommade contenant de la morphine ou de l'atropine, on produit instantanément sur l'organisme les effets physiologiques propres à ces agents. Cette propriété a été même utilisée dans le choléra alors que la plupart des autres surfaces d'absorption étaient hors de fonction. Mais il est resté quelques doutes encore sûr le degré d'activité d'absorption de la muqueuse urétrale et sur le point de cette muqueuse où s'exerce plus particulièrement cette absorption. Il paraîtrait résulter de nouvelles expériences de M. le professeur Graweour, de la Nouvelle-Orléans, que cette activité est extrême, mais qu'elle ne s'exerce que dans une étendue très-limitée de la muqueuse urétrale, dans la partie prostatique et au col de la vessie. Aussi, dans ces expériences, il a suffi d'une très-petite quantité de substance et d'un temps très-court pour produire des effets très-sensibles. La constatation de ce fait ne serait pas sans importance pratique, car elle permet de faire pénétrer dans l'organisme, d'une manière aussi sûre que rapide, des médicaments, dans les cas où ils n'auraient pu y être introduits par d'autres voies, car il est évident que l'atropine et la morphine ne sont pas les seules substances capables d'être absorbées de la sorte. Quant à la rapidité de l'effet physiologique produit dans cette circonstance, on peut le rapprocher, dit M. Graweour, de la soudaineté d'action de ces mêmes substances injectées dans le tissu cellulaire hypodermique par la méthode de M. Wood, d'Edimbourg. (*New-Orléans Med., Newsand hospit. Gaz.*, et *Gaz. médic.* de Paris, octobre 1859.)

VARIÉTÉS.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a tenu sa première assemblée générale le 30 octobre dernier, dans l'élégant amphithéâtre que M. le directeur de l'Assistance publique avait mis à la disposition du bureau. Les présidents et délégués des vingt-cinq sociétés locales agrégées à l'Association générale, les membres du bureau de la Commission administrative de la Société centrale, occupaient des siéges placés dans l'hémicycle. M. le président a ouvert la séance par une allocution plusieurs fois interrompue par les applaudissements de l'assistance. Puis le secrétaire général, M. Amédée Latour, a présenté le compte rendu des travaux de la Commission organisatrice, et a exposé la situation de l'Association générale. Malgré l'étendue inévitable de ce discours, le rapporteur a su maintenir l'intérêt et provoquer des témoignages répétés de sympathie. Nous regrettons vraiment que l'espace ne nous permette pas d'en consigner quelques fragments.

Il résulte du rapport du secrétaire général que cette association réunit en ce moment 1,557 sociétaires, comprenant les membres de la Société centrale et ceux des vingt-cinq sociétés agrégées.

Le Bureau et le Conseil général, élus dans une seconde séance tenue le lendemain, se composent de : MM. Royer, *président*; Andral, Cazeneuve, Cruveilhier, Mablt, *vice-présidents;* A. Latour, secrétaire général; Gallard, L. Gros, vice-secrétaires.

Conseil général : MM. Bardinet, Cl. Bernard, Bertillon, Conneau, Denonvilliers, J. Guérin, Houzelot, Jeannel, Jobert, Larrey, Laugier, Lejeune, Michel Lévy, Lhomme, Mélier, Michon, Pénard, Ricord, Sauderet, Ségalas, Tardieu, Vastel, Vernois, Villermé.

Conseil judiciaire et administratif de l'Association : MM. Paul Andral, Beth-

mont père, Bethmont fils, Michel Chevalier, Davenne, Leplay, Littré; — agent comptable, L. Chaillaux.

Plusieurs nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur viennent d'avoir lieu. M. le docteur Philippe, chef du service médical de l'hôpital militaire de Bordeaux, est élevé au grade de commandeur; M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, M. Thibaut, chirurgien de première classe de la marine, sont promus officiers; M. Combal, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, M. Massy, chirurgien-major de deuxième classe, M. Cazin, ancien médecin militaire, médecin du bureau de bienfaisance de Calais, ancien maire de cette ville, auteur du *Traité des plantes médicales*, M. Ristelbuber, ancien chirurgien-major, médecin en chef de l'hôpital de Strasbourg, sont nommés chevaliers.

Un concours pour trois places d'agrégé stagiaire, dans la section de médecine, doit s'uuvrir devant la Faculté de médecine de Montpellier, le 1er décembre prochain. Les candidats inscrits sont : MM. Barbaste, Batigue, Batlle, Bertin, Blanc, Castan, Dumas, Espagne, Ronzier-Joly, Vignol.

Un second concours puur une place d'agrégé stagiaire, dans la section de chirurgie et d'accouchement, sera ouvert devant la même Faculté, le 1er février 1860.

Le concours pour l'admission des élèves internes, dans les hôpitaux de Lyon, s'est terminé par la nomination de MM. Dubuisson de Cristot, Ollier, Hénon, Charvet, Corporandy, Moriau, Chambard, Burlet, Civet, Talichet, Binet. Le jury était composé de MM. Desgranges, Rollet, Berne, Arthaud, Vernay et Fresse.

Le concours pour les places d'internes vacantes dans les hôpitaux de Bruxelles a eu lieu devant la section de médecine de l'université de Bruxelles. Ont été nommés : MM. Moreau, élève externe à l'hôpital Saint-Jean; Aurélien, Thibaud et Jottraud, externes à l'hôpital Saint-Pierre.

Un congrès médical vient d'avoir lieu à Milan : les médecins piémontais et les médecins lombards y ont fait un premier acto d'alliance et de fraternité.

L'Associatiou des médecins et des pharmaciens du département de la Somme a arrêté la déclaration suivante, dans sa dernière assemblée générale :

« Considérant que toutes les choses propres à la vie ordinaire sont depuis longtemps augmentées de prix, tandis que les honoraires des médecius sont restés les mêmes ;

« Attendu, d'un autre côté, que dans la fixation des honoraires, le nombre des visites faites n'est pas un élément suffisant; qu'il faut, en outre, tenir compte de la gravité de la maladie, de l'importance de l'opération, des dangers courus par le médecin et d'autres circonstances encore, telles que la position sociale et la fortune des malades, etc. ;

« 1° A l'avenir, les médecins ont droit à une rémunération plus élevée; 2° cette rémunération ne sera pas établie sur le nombre des visites, mais eu égard aux considérations indiquées. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'analyse médicale.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale, par M. Teissier, professeur à l'École de médecine de Lyon [1].

L'inflammation est un élément morbide qui s'observe aussi fréquemment que la fluxion, et qui a comme elle un grand caractère de généralisation. En effet, comme la fluxion, elle peut entrer dans la combinaison de la plupart des maladies, et affecter tous les systèmes d'organes. Toutefois, l'inflammation existe moins souvent qu'on ne le croit en général, et surtout qu'on ne le croyait, il y a quelques années, sous l'empire de la doctrine de Broussais, qui la voyait dans toutes les maladies. Il importe, comme je l'ai déjà dit, de ne pas la confondre avec la fluxion.

Nous avons vu que dans celle-ci il y a une turgescence, avec ou sans rougeur, pouvant se dissiper rapidement et ne passant jamais à la suppuration.

Dans l'inflammation, il y a non-seulement tuméfaction, rougeur, chaleur et douleur ; mais il y a fixité des phénomènes morbides et disposition à la sécrétion purulente ou pseudo-membraneuse.

Les éruptions rubéoliques, scarlatineuses, érysipélateuses, les gonflements articulaires passagers qu'on observe dans le rhumatisme aigu sont constitués par des fluxions. La pneumonie, la pleurésie, la péritonite, l'arthrite fixe, idiopathique ou blennorrhagique, l'ovarite, l'amygdalite, qui toutes peuvent passer à l'état de suppuration, sont, au contraire, constituées par l'inflammation. La distinction entre les deux éléments, fluxion et inflammation, n'est pas seulement utile au point de vue du diagnostic ; elle l'est surtout parce qu'elle conduit à des indications thérapeutiques salutaires. En général, l'inflammation exige des traitements plus actifs que la fluxion. Une péritonite, une pleurésie, une angine pseudo-membraneuse, ne peuvent pas être traitées par des moyens aussi simples qu'une éruption passagère de la peau, qu'une angine érythémateuse; une parotidite, aussi bénignement que des oreillons ; une tuméfaction rhumatismale articulaire, comme une arthrite véritable ; un engorgement simple de l'ovaire ou du foie, comme une ovarite ou une hépatite, etc.

---

[1] Suite. — Voir la livraison précédente, p. 385.

Tous ces faits démontrent combien il est nécessaire de distinguer en clinique la congestion d'avec l'inflammation, et combien on a eu raison d'en faire des éléments morbides différents.

Et quand on a constaté l'existence d'une inflammation, on n'est pas encore arrivé, d'une manière suffisamment certaine, à l'indication pratique; il faut pousser plus loin le travail d'analyse, parce que toutes les inflammations sont loin de se ressembler par leur nature, et d'exiger un seul et même traitement. Ainsi, quand on a reconnu une inflammation glandulaire du pli de l'aine, le traitement n'est pas trouvé pour cela. Si c'est une inflammation franche, traumatique ou idiopathique, il suffira de la combattre par une ou plusieurs applications de sangsues et par des cataplasmes émollients ou narcotiques. Si c'est une inflammation liée à une syphilis constitutionnelle, il faudra lui opposer une tout autre médication. Une ophthalmie causée par l'introduction d'une substance irritante entre les paupières réclame aussi un traitement bien différent de celui qu'on doit opposer à une ophthalmie scrofuleuse. Dans le premier cas, les antiphlogistiques, les astringents et les narcotiques sont indiqués; dans le second, au contraire, les applications irritantes, cathérétiques, comme le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent, devront être employées; et l'on devra se garder de toute émission sanguine. Ainsi, on le voit, il importe beaucoup de tenir compte de l'élément inflammation; mais cet élément par lui seul ne suffit pas toujours pour conduire à une médication curative spéciale; le praticien doit s'éclairer d'autres circonstances, c'est-à-dire des autres éléments avec lesquels l'inflammation peut se combiner, sur lesquels nous allons successivement insister et dont les plus importants sont : les états herpétique, rhumatismal, goutteux, scrofuleux, tuberculeux, cancéreux, syphilitique, etc.

Ici nous rentrons tout à fait dans les états morbides de l'école de Montpellier; mais nous n'hésitons pas un instant à les admettre, quoiqu'ils aient été et soient encore contestés, parce qu'il n'y a qu'un organicisme exagéré qui ait pu ne pas en reconnaître l'existence. Il est impossible de parler des éléments morbides, sans assigner une grande place à ceux que je viens de citer.

L'*élément herpétique* a pour caractères anatomiques : des fluxions de la peau avec formation tantôt de plaques rouges plus ou moins étendues, comme dans les affections érythémateuses, tantôt de papules, comme dans l'urticaire, le prurigo, le lichen; de vésicules, comme dans l'herpès, l'eczéma; de pustules, comme dans l'impétigo, l'ecthyma, l'acné, la couperose, les teignes vraies ou fausses;

de bulles, comme dans le pemphigus, le rupia ; de squammes, comme dans le psoriasis, l'ichthyose ; de tubercules, comme dans le lupus et l'éléphantiasis, etc. Quelquefois ces éruptions, au lieu de se manifester sur la peau, se montrent à la surface des membranes muqueuses, surtout à leurs orifices, sur les lèvres, à l'entrée des narines, sur le pharynx, à l'extrémité inférieure de l'intestin. Ces éruptions, quelles que soient leurs formes, peuvent être fixes ; mais le plus souvent elles changent facilement de siége et abandonnent un point pour se porter sur un autre.

Tout autorise à croire que l'état herpétique peut se porter sur d'autres tissus et d'autres organes, sur les bronches, sur l'estomac, sur le col vésical, sur les tissus fibreux et musculaires ; cependant cette assertion n'a pu être encore démontrée anatomiquement.

La fluxion et l'inflammation se combinent souvent avec l'état herpétique ; mais, à coup sûr, elles n'en sont pas les seules causes. Cela est si vrai que quelquefois les plaques herpétiques, comme l'herpès proprement dit, le lichen et le prurigo, se manifestent sans aucune espèce d'inflammation appréciable. Les éruptions cutanées ou muqueuses ont leur source dans une disposition intime de l'organisme, ou tiennent à la présence d'un principe morbide spécial, existant dans l'économie et pouvant affecter des organes différents. Tout médecin observateur et non théoricien est obligé de faire jouer un grand rôle à l'élément herpétique dans l'analyse des maladies chroniques. Toutes les fois qu'on en constate l'intervention dans une maladie, on est conduit à des indications spéciales. C'est ainsi que dans une angine ou une laryngite chronique, quand on a des raisons pour présumer l'existence d'un état herpétique, on prescrit avec grand avantage les préparations de soufre, et surtout les eaux minérales sulfureuses.

L'*élément rhumatismal*, qui a les plus grandes affinités de nature avec le précédent, tient sous sa dépendance une multitude d'affections chroniques, qui ne sont le plus souvent appréciables pour le malade et pour le médecin que par des douleurs vives, ayant une disposition à se déplacer. Quand le rhumatisme se traduit à l'extérieur, on le reconnaît ordinairement à des engorgements douloureux des tissus musculaires ou des tissus fibreux qui entourent les articulations ou les membranes synoviales.

Comme les précédents éléments, l'état rhumatismal peut affecter un grand nombre de tissus et d'organes divers, et l'on ne saurait contester sa valeur, au point de vue thérapeutique ; car, lorsque son existence a été rigoureusement reconnue, on est conduit à des in-

dications de traitement fort utiles, principalement à l'emploi des moyens qui, comme les eaux thermales, activent les fonctions de la peau.

L'*élément goutteux* a des manifestations extérieures plus évidentes et plus fixes que l'élément rhumatismal, avec lequel il a d'ailleurs de grandes ressemblances sous le rapport des symptômes. Son caractère essentiel, au point de vue anatomique, consiste le plus souvent en des gonflements périarticulaires, formés par un dépôt de matières calcaires, dites concrétions tophacées, et qui sont constituées en grande partie par des urates de chaux ou de soude.

Cet élément goutteux, qu'on n'observe pas habituellement avant l'âge de vingt-cinq à trente ans, et qui est ordinairement favorisé par un régime trop succulent, par l'abus des liqueurs alcooliques, et par une vie trop sédentaire, peut également affecter des organes divers et compliquer des maladies bien différentes.

Comme les éléments herpétique et rhumatismal, l'élément goutteux tient évidemment à une disposition intérieure de nature spéciale, qui doit occuper une place importante dans l'analyse des éléments morbides et dont il faut tenir grand compte dans le traitement de certaines maladies.

L'*élément scrofuleux* s'observe encore plus fréquemment, surtout dans les grands centres de population et dans les hôpitaux. Il se révèle sous des formes très-variées, mais qui toutes ont un aspect si saisissant, qu'il est impossible de les méconnaître. Le plus souvent ce sont des engorgements glandulaires qu'on observe principalement au cou, dans le mésentère, dans le creux de l'aisselle. D'autres fois, ce sont des abcès indolents, des tumeurs blanches, des caries osseuses, des ophthalmies avec rougeur œdémateuse des paupières, des ulcères dont la suppuration est sanieuse et le pourtour d'un rouge bleuâtre; le gonflement du nez, la bouffissure des lèvres, la flaccidité des chairs et une blancheur mate des tissus. Bien plus évidemment que pour les éléments herpétique et goutteux, l'inflammation est insuffisante pour expliquer de pareils phénomènes. Elle peut se combiner avec eux; mais elle n'en est pas la cause. Cette cause, il faut la chercher dans un état particulier de l'organisme, et comme cet état est très-commun, comme il peut exister d'une manière idiopathique, entrer dans la combinaison d'une multitude de maladies et influer d'une manière importante sur le traitement, il est évident qu'on doit le considérer comme un élément de premier ordre dans l'analyse des maladies.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance des *productions tu-*

berculeuses qui sont si communes dans notre climat, et dont tant de malades sont les tristes victimes. Qui ne sait qu'un quart au moins des habitants de la France succombe aux ravages de l'affection tuberculeuse? Qui ne sait que cette affection peut envahir tous les organes, mais qu'elle choisit le plus ordinairement pour siége les poumons, le mésentère, le cerveau, les os de la colonne vertébrale, etc. ? La maladie tuberculeuse se montre rarement à la surface du corps; mais son existence se révèle habituellement par des caractères tranchés auxquels la séméiologie moderne a imprimé un cachet de certitude.

Ainsi les tubercules pulmonaires sont devenus accessibles à nos sens par l'auscultation; et ceux du mésentère, du cerveau et de la colonne se reconnaissent aussi facilement.

Quant à la cause de la production des tubercules, il faut également la chercher ailleurs que dans l'inflammation.

Sous l'empire de la théorie dichotomique tout à la fois si entraînante et si erronée de Broussais, on a pu, pendant quelques années, croire à une relation de cause à effet entre ces deux états pathologiques; mais il y a longtemps déjà que personne ne croit plus à une pareille connexion, si ce n'est dans quelques cas isolés. Tout le monde, au contraire, regarde aujourd'hui avec raison le tubercule comme étant le produit d'une disposition intérieure toute spéciale, et comme un élément morbide idiopathique dont la valeur est si grande, que son existence domine la scène pathologique et thérapeutique, quelle que soit la maladie dans la combinaison ou dans la complication de laquelle il entre.

Le *cancer* atteint heureusement un moins grand nombre d'individus que les tubercules, mais il fait encre assez de victimes pour que tout le monde connaisse les ravages de cette terrible maladie.

Il peut affecter également les organes intérieurs, comme ceux qui sont à la surface du corps. Ses caractères anatomiques qui ont été étudiés dans ces derniers temps, avec le soin le plus minutieux, à l'aide du microscope, sont parfaitement connus, et tout le monde sait, en outre, qu'il se distingue des autres affections par un caractère essentiel, qui est la repullulation du mal, dès que celui-ci a été extirpé dans quelque région. Il est donc impossible de ne pas considérer le cancer comme une affection primitive qui doit trouver sa place, non-seulement dans la classification des maladies, mais encore parmi les éléments les plus importants de l'analyse clinique. Malheureusement, la notion du cancer ne peut le plus souvent

éclairer que le diagnostic et le pronostic des maladies, et rarement leur traitement.

Enfin, je ne puis omettre de citer parmi les éléments l'*état syphilitique*, qui, plus encore que tous les autres états précédents, tient à un principe spécifique. Cet état peut se cacher derrière les lésions et les symptômes les plus variés ; et, quelle que soit sa forme symptomatique, on ne peut le méconnaître, sans un grave préjudice pour les malades. Il commande des indications thérapeutiques, hors desquelles il n'y a pas de guérison possible.

On pourrait citer encore plusieurs autres éléments morbides de l'ordre anatomique ; car là ne se bornent pas les productions pathologiques, les dégénérescences qu'on peut rencontrer dans les organes solides, comme les kystes, les tumeurs graisseuses, athéromateuses, etc. ; mais ces états n'ont pas l'importance de ceux que nous avons indiqués plus haut. Il faut cependant mentionner d'une manière plus spéciale les productions parasitaires. Parmi ces dernières, plusieurs peuvent rentrer dans la classe de l'élément herpétique, les teignes, par exemple ; mais il est un état qui doit être considéré comme un véritable élément, parce que souvent il doit être pris en sérieuse considération dans le diagnostic des maladies, et qu'il peut conduire à d'utiles indications thérapeutiques ; je veux parler des productions vermineuses, qu'on observe si souvent chez les enfants ; qui peuvent être la cause de complications graves, et qui réclament impérieusement l'emploi de remèdes spéciaux.

Les divers états que je viens de citer, comme éléments morbides de l'ordre anatomique, reconnaissent cependant pour cause une disposition intérieure qui pourrait les faire ranger dans l'ordre physiologique. Si nous ne le faisons pas, c'est que, fidèle au plan que nous nous sommes tracé, nous ne voulons pas chercher dans les circonstances étiologiques, toujours obscures et contestables, les bases de notre analyse. Mais nous ne voulons pas omettre non plus de dire une chose qui nous paraît capitale pour le médecin praticien : c'est que les éléments herpétique, rhumatismal, goutteux, scrofuleux, cancéreux, tuberculeux, syphilitique, sont liés à un état profond qu'on appelle *diathèse*, et dont l'étude nous paraît si importante, que nous la considérons comme la clef de voûte des maladies chroniques.

Les diathèses, qui répondent à ce que les anciens appelaient vices dartreux, scrofuleux, cancéreux, syphilitique, etc., sont encore niées par quelques médecins qui s'obstinent, malgré l'évidence, à ne vouloir reconnaître d'autres maladies que les lésions locales ; mais

tous ceux qui étudient les faits, sans être asservis à une idée systématique, ne peuvent s'empêcher de reconnaître l'existence des diathèses et le rôle qu'elles jouent dans la production des maladies.

Mais là ne se borne pas l'exposition des éléments anatomiques. Nous n'avons encore parlé que des éléments qui se rapportent à la lésion des organes solides. Or, il y en a d'autres tout aussi importants qui se rapportent aux altérations du sang et des liquides qui en proviennent. Ces éléments, à l'exception de la pléthore, ne figurent pas dans la liste, cependant si nombreuse, de F. Bérard, parce que, de son temps, les altérations, qui constituent ce qu'on appelle aujourd'hui l'*humorisme moderne*, n'étaient pas connues. En effet, la connaissance exacte de ces altérations ne date que de quelques années : elle est due aux progrès de la chimie organique et de la micrographie. Ce sera une des gloires de notre époque d'avoir donné à l'hématologie un caractère d'exactitude scientifique, et l'honneur en reviendra surtout à MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Lecanu, etc.

Les altérations du sang non-seulement expliquent la génération et la filiation d'un grand nombre de phénomènes morbides, mais encore jettent une vive lumière sur leur traitement et sur la source des indications thérapeutiques les plus précieuses.

Nous verrons surtout quelle influence les modifications du sang ont sur la production des phénomènes nerveux qu'on rangeait autrefois dans la classe des névroses, faute de pouvoir en apprécier la cause organique; et maintenant que les esprits sont tournés vers cet ordre de recherches, il est bien présumable que le cadre des affections du sang s'agrandira encore, et qu'on trouvera, dans les vices de composition de ce liquide, la raison d'une multitude d'états morbides dont il n'a pas été possible jusqu'à ce jour de déterminer la nature. Il y a surtout deux altérations du sang qu'on peut considérer comme des éléments morbides : ce sont les états qui ont été désignés par les noms de *pléthore* et d'*anémie*. Le sens que nous attachons aujourd'hui au mot *pléthore* n'est plus le même que celui qu'on lui attribuait avant les recherches récentes d'hématologie. Pour nos devanciers, le mot *pléthore* voulait dire surabondance de sang dans les vaisseaux. On était autorisé, jusqu'à un certain point, à penser qu'il en était ainsi, parce que les sujets pléthoriques ont en général un coloris animé, une chaleur plus grande de la peau, les vaisseaux sanguins les plus superficiels turgescents, le pouls plein et fort, enfin une tendance marquée aux hémorrhagies, aux vertiges et aux étourdissements.

Mais une étude plus approfondie a montré que la pléthore n'était pas due à une augmentation de la quantité du sang, mais à une modification dans sa composition, consistant dans une proportion plus grande de l'élément globulaire ; et a conduit encore à un autre résultat important, au point de vue pratique, à savoir : que les sujets pléthoriques ne sont pas plus exposés aux inflammations que les autres, ce qui est parfaitement conforme à l'observation. Mais, d'un autre côté, ces recherches ont confirmé l'utilité des émissions sanguines dans les accidents causés par la pléthore ; car celles-ci diminuent l'élément globulaire et augmentent la proportion du sérum; seulement, il faut le reconnaître, la pléthore est rare parmi nous. Dans les maladies que nous observons dans les hôpitaux, et même en ville, l'élément pléthorique joue rarement un rôle important. Aussi avons-nous rarement occasion de pratiquer des émissions sanguines ; et il est à craindre que, sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles l'homme vit de plus en plus, la richesse du sang n'aille toujours en s'amoindrissant.

Mais, en revanche, il est un autre élément que nous aurons souvent à constater, et dont nous devons tenir compte : c'est l'état diamétralement contraire, qu'on a appelé, par opposition, *appauvrissement du sang* ; qui est connu scientifiquement sous les noms d'*anémie*, de *chloro-anémie*, d'*hydroémie*, et qui est constitué par une diminution dans la proportion des globules rouges du sang. Une multitude d'états morbides, principalement parmi les phénomènes nerveux, qu'on rangeait autrefois dans la classe des névroses, sont occasionnés par cet état du sang. Combien de troubles du cœur, tels que les palpitations, les syncopes, et de la respiration, tels que la dyspnée ; combien de dyspepsies, de gastralgies, de névralgies variées, de troubles de la calorification; combien enfin de perturbations de la sensibilité et de la motilité ne reconnaissent pas d'autre cause ! Une foule de maladies qu'on considérait autrefois comme des lésions organiques du cœur, de l'estomac, de la matrice, du système nerveux en général, rentrent aujourd'hui dans la classe des anémies, ou des chloro-anémies. Aussi le médecin doit-il connaître exactement la symptomatologie de cet élément morbide, dont la constatation jette souvent une vive clarté sur le diagnostic des affections les plus complexes, et conduit aux indications les plus utiles; car, dans un grand nombre de circonstances, le médecin a la puissance de rendre au sang appauvri une partie de sa richesse, et peut faire disparaître presque merveilleusement, par les moyens les plus simples, comme l'exercice, l'équitation ou

les préparations ferrugineuses, les symptômes les plus graves.

La *pléthore* et l'*anémie* ne sont pas les seuls éléments que puissent nous fournir les altérations du sang : il en est d'autres moins connus, et néanmoins dignes d'être mentionnés ici. Ce sont l'augmentation ou la diminution de la quantité de fibrine contenue normalement dans le sang, qu'on observe dans les phlegmasies et dans les fièvres graves ; et la diminution d'albumine, qu'on retrouve dans certaines variétés d'hydropisie. La connaissance de ces altérations peut devenir dans certaines circonstances un motif déterminant dans le choix si souvent difficile des agents de la thérapeutique.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement du staphylôme de la cornée transparente par la ligature, suivant le procédé du docteur Borelli.

Par le docteur Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze.

§ I. — 1. La maladie oculaire, connue sous le nom de *staphylôme de la cornée transparente*, revêt aux yeux des observateurs d'innombrables variétés de forme et de structure, que l'on peut réduire à un petit nombre de groupes.

2. Considéré sous le rapport de la forme, le staphylôme peut être conique [1], hémisphérique, en grappe ; sous le rapport des éléments qui concourent à sa formation, il est simple, compliqué de synéchie antérieure, postérieure, de hernies de l'iris à travers la cornée, ou de la destruction totale de cette dernière ; enfin, sous le rapport du point qu'il occupe dans le bulbe oculaire, il peut être antérieur, postérieur ou latéral. Il ne peut être question dans ce mémoire que du staphylôme antérieur.

3. Depuis plus de vingt ans que nous nous occupons d'ophthalmologie, le nombre des staphylômes de toute espèce nous paraît de plus en plus considérable, et ce n'est pas sans étonnement que nous avons lu dans quelques ouvrages spéciaux, dans celui de Mackensie, entre autres, que la difformité qui nous occupe était beaucoup plus fréquente avant la propagation de la vaccine que de nos jours. On croit pouvoir résoudre affirmativement, sans preuve aucune, cette question litigieuse, en disant : « La variole *donnait*

[1] Le staphylôme pellucide, pour nous, n'est qu'une hypertrophie congéniale de la cornée transparente. Voir la Gazette des Hôpitaux de 1855.

souvent lieu à des onyx étendus, se terminant par l'ulcération et la suppuration ([1]). » L'imparfait *donnait* n'est pas d'accord avec les faits; *donne* eût été vrai, appliqué à l'âge adulte, *donnait* ne l'est pas. Sans donc nier cette dernière remarque, peu statistique, mais d'une exactitude rigoureuse au point de vue pathogénique, on peut affirmer que la scrofule, dans sa marche incessamment progressive, dominant de plus en plus tous les tempéraments, depuis un demi-siècle, s'attaque de préférence aux yeux, y produit, chez tous les sujets, des ulcérations cornéennes, non moins graves et bien autrement multipliées que les désordres reprochés à la petite vérole. Certes, s'il y a bénéfice, ce n'est pas à l'avantage de l'ère vaccinale.

4. L'ophthalmie blennorrhagique, celle des nouveau-nés, subordonnée aux mêmes rapports de causalité que la précédente, l'ophthalmie contagieuse, les ophthalmies traumatiques, fournissent encore, dans l'espèce, leur large contingent étiologique. Il n'y a pas jusqu'au choléra asiatique, à la fièvre typhoïde et au typhus des marais qui ne nous aient procuré l'occasion d'observer des staphylômes consécutifs, dans des crises que l'on put considérer comme heureuses, eu égard à la santé et à la vie des malades.

5. *A*. Dans les cas les plus élémentaires, chez les scrofuleux surtout, rarement chez les nouveau-nés affectés d'ophthalmies purulentes, le staphylôme est borné à une simple hernie des lames les plus internes de la cornée, qui se sont fait jour et sont poussées par l'humeur aqueuse à travers les érosions et ulcérations des lames externes. Rien de plus facile que de reconnaître au début de ces tumeurs le mécanisme de leur formation. La bulle saillante, formée par la membrane de Descemet, sans synéchie, est lisse, très-mince, contrairement à ce que l'on remarque quand l'iris lui-même est hernié : celui-ci épais, spongieux, à surface dépolie et en quelque sorte rugueuse, dès qu'elle est en contact avec l'air. Plus tard, bien que la saillie du cône, entraînant après soi le restant de la cornée saine à travers les paupières, se développe avec un amincissement qui en fait redouter la rupture au moindre choc, la reproduction épithéliale s'opère avec une telle exactitude qu'il n'est plus possible de retrouver la rainure formée par le limbe érodé de l'orifice de sortie.

Ce qui distingue le staphylôme coniqne simple de tous les autres, c'est l'absence de cicatrice blanche, dure, opaque, épaisse à l'un des points de son sommet. Infiniment plus incommode que douloureux,

---

([1]) Mackensie.

il ne fait courir le danger soit de s'ouvrir par déchirure, soit de dégénérer en tissus de mauvaise nature, que lorsque, par suite d'une évolution assez considérable pour ne plus permettre l'occlusion des paupières, il demeure sans cesse exposé à toutes les injures de l'air et à toute espèce de violences extérieures. C'est celui dans le traitement duquel la ligature peut être employée avec le plus de sécurité, car elle ne s'accompagne jamais de douleur..

B. La violence extrême de l'ophthalmie chez les nouveau-nés peut vider l'œil en totalité ou en partie. Dans le premier cas, l'orbite est à peu près excavé, le bulbe oculaire réduit à un moignon peu propre à une prothèse convenable; dans le second, l'humeur aqueuse seule ayant été évacuée, il n'en existe pas moins un staphylôme de forme conique, mais dont les dimensions sont restreintes; la saillie cornéenne est blanche, dense, opaque, nacrée, recouverte d'une couche de conjonctive profondément modifiée dans ses éléments et sillonnée de vaisseaux variqueux. Cette variété de staphylôme est très-dure; les chambres antérieure et postérieure, si étroites chez les enfants, s'étant complétement effacées, il est toujours certain que l'iris, le cristallin, etc., entrent dans la composition de la tumeur, et que la ligature, tentée dans le double but de préserver l'organe d'une dégénérescence toujours imminente, sous l'influence des agents extérieurs, et de procurer un moignon mieux conformé et favorable à la prothèse, sera accompagnée d'une douleur extrêmement vive, mais de courte durée.

C. On a confondu jusqu'ici deux espèces de staphylômes sphériques qu'il importe de distinguer dans la pratique. L'un conserve jusqu'à la fin sa forme particulière; l'autre s'allonge plus ou moins promptement en un cône prononcé.

a. Le premier, où la cornée transparente joue le principal rôle, est le résultat ordinaire d'une crise survenue, chez les enfants, à la suite des individualités morbides mentionnées plus haut à l'article *étiologie*. Les progrès en sont lents, continus, et on peut le comparer, pour le développement et la marche, aux hydrophthalmies, nommées par quelques auteurs *staphylômes transparents sphériques*. Les phénomènes initiaux se rapportent tous à une transformation particulière de la cornée transparente qui se trouble, devient rugueuse, opaque, sèche, sans cicatrice blanche, mamelonnée comme une framboise, et prend une épaisseur *éléphantiasique*. Comme dans l'hydrophthalmie, l'active sécrétion de l'humeur aqueuse oppose un obstacle invincible à la formation de synéchies antérieures. La cornée, envahie par le mal dans toute son étendue, forme un

segment de sphère qui, loin de permettre le rapprochement des paupières en les tenant sans cesse écartées, les refoule en haut et en bas. Des quatre ou cinq tumeurs de ce genre que nous avons observées, nous en avons soumis une seule à l'excision, qui a été suivie d'une ophthalmie des plus aiguës et du complet affaissement de l'œil.

b. Il en est tout autrement quand le staphylôme est déterminé par une iritis. La forme sphérique se résout bientôt en un cône très-solide, plus ou moins allongé, avec cicatrice blanche, opaque au sommet, ordinairement dirigé de haut en bas; elle dure autant que l'accumulation de l'humeur aqueuse dans la chambre postérieure où l'absorption est à peu près nulle ; une fois celle-ci évacuée à travers un pertuis de la cornée consécutivement enflammée, le cristallin, poussé en avant par l'action simultanée des muscles de l'œil, se place toujours au niveau de la cicatrice indiquée. Sous l'influence de la phlegmasie interne plus ou moins étendue, les deux chambres ont donc successivement disparu, tandis que la face antérieure de l'iris contractait d'un côté des adhérences avec la membrane de l'humeur aqueuse, et que de l'autre l'uvée se soudait à la capsule cristalline : c'est du moins ce qu'il nous est arrivé de rencontrer, en excisant ces sortes de tumeurs.

D. Nous n'avons eu à examiner jusqu'ici qu'un staphylôme en grappe. C'était chez un meunier de Léning-Altroff, de quarante ans, qui, en repiquant une de ses meules, reçut dans l'œil droit plusieurs éclats de pierre. Une inflammation intense se déclara, la douleur fut intolérable, et quand on put écarter les paupières, après cet orage d'ailleurs assez mal conduit, on trouva l'iris hernié en cinq endroits différents et la pupille hermétiquement close.

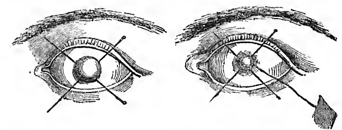
Tels sont les spécimens principaux, généralement peu décrits, de la maladie connue sous le nom de staphylôme de la cornée transparente ; beaucoup de variétés, on le comprend aisément, pourraient venir se placer entre chacune de nos divisions; mais ce petit tableau synoptique suffira pour l'intelligence de l'opération nouvelle que nous voulons faire connaître et qu'il nous semble utile de vulgariser.

§ II. — C'est au congrès de Bruxelles qu'il fut question, pour la première fois, de la ligature de la cornée transparente, dans un mémoire lu en séance publique, le 15 septembre 1857, par M. J.-B. Borelli.

1. Le professeur de Turin, mécontent de toutes les méthodes, de tous les procédés nouveaux, de la rescision de M. Küchler, de Darmstadt, même de l'excision de M. Quadri père, de Naples, se mit

à la recherche d'un moyen qui leur fût supérieur : 1° par le moindre degré de difformité qui en est le résultat, le globe de l'œil étant conservé ; 2° par la possibilité d'une prothèse oculaire plus parfaite ; 3° parce que, dans certains cas, il laisse l'œil dans des conditions qui permettent de tenter, avec quelques chances de succès, l'établissement d'une pupille artificielle. Dans cette intention, il remonta de Dionis à Albucasis, à Paule d'Egine, à Aëtius et jusqu'à Celse, pour reprendre la ligature conseillée par ce dernier et la perfectionner.

2. Voici en quoi consiste cette méthode de ligature modifiée par le professeur Borelli ; pour atteindre le triple but qu'il se propose :



Deux fines et longues épingles d'entomologiste, un fil ciré, un plumasseau enduit de cérat composent tout l'appareil. M. Borelli recommande d'y ajouter une pince porte-épingle, mais cet instrument n'est utile que dans le cas où il s'agit d'opérer un œil trop peu saillant.

Pour opérer nos malades, nous les avons placés le plus ordinairement sur des chaises ; M. Borelli veut qu'ils soient couchés, la tête renversée sur un oreiller ; cette dernière position est incontestablement la meilleure quand on a affaire à des enfants indociles que l'on peut chloroformer.

Le chirurgien, opérant toujours par le côté externe de l'œil maintenu comme s'il s'agissait d'abaisser une cataracte, implante ses deux épingles en X, la première de bas en haut, la seconde de haut en bas, dans la base du staphylôme, qu'il traverse de part en part ; puis jetant entre le plan représenté par les épingles ainsi croisées et le bulbe oculaire une anse de fil, il étreint, en faisant un nœud, la partie exubérante de la cornée, de façon à mettre les surfaces de la membrane de Descemet dans le contact le plus étroit. L'opération est faite ; il ne reste plus qu'à réunir les deux extrémités du fil pour le fixer sur la joue et à protéger les téguments contre les pointes des épingles au moyen de morceaux de sparadrap, à appliquer le plumasseau cératé, puis à recouvrir le tout d'un bandeau.

Au moment de l'opération, la difformité s'amoindrit et se vide; dès le lendemain, elle s'est complétement flétrie et transformée en un très-petit tubercule charnu. Du troisième au cinquième jour, escarre, épingles, ligature, sont tombées sur les pièces de l'appareil, laissant à découvert une plaie superficielle, dépassant très-peu le niveau de la portion de cornée restante, légèrement humectée de lymphe plastique, mesurant à peine un millimètre de diamètre. Huit jours suffisent à la solidification de la cicatrice; vingt, pour qu'on puisse abandonner le sujet à lui-même.

3. Mais, s'est-on empressé de dire, ce procédé doit causer des douleurs atroces, dont on ne saurait sans effroi calculer toutes les conséquences. Objection de pure théorie, bien que, si l'on se reporte aux différentes formes de la maladie énumérées plus haut, le chirurgien soit souvent exposé à faire traverser par ses épingles, et à comprendre dans sa ligature les parties les plus délicates et les plus sensibles du globe oculaire. Dans les quinze faits dont le mémoire de M. Borelli est l'analyse succincte, « la ligature du staphylôme a été généralement très-peu douloureuse; » enfin nos propres observations, non moins que celles de notre confrère de Nantes, M. Guépin, militent toutes en faveur du nouveau procédé de ligature.

4. Citons, à la décharge de la ligature du staphylôme, notre dernier fait encore inédit. Gangloff, jeune garçon de seize ans, de constitution scrofuleuse, atteint de kératite rémittente depuis son enfance (1), est entré à l'hôpital de Dieuze, le 6 août 1858, pour s'y faire traiter d'un staphylôme cornéen. Cette difformité s'est montrée à la suite d'une dernière récidive de kératite ulcérée, traitée, dit le malade, par une solution d'azotate d'argent trop concentrée.

La tumeur mesure en hauteur 7 millimètres; sa base occupe la totalité du segment cornéen, et la paroi du sommet, très-lisse, vierge de toute maculature, est tellement amincie, que l'on redoute de la voir se déchirer au moindre attouchement. Nous avons affaire ici à une simple hernie de la membrane de Descemet.

Le 11, nous opérons, en nous conformant aux indications de

(1) Les récidives si fréquentes et interminables des conjonctivites et des kératites scrofuleuses sont entretenues, reproduites par le mauvais état permanent de la muqueuse nasale. Il ne suffit donc pas, dans le traitement local, de s'attaquer aux yeux seulement, il faut encore s'occuper tout spécialement de la surface interne des parois du nez et les enduire quotidiennement de pommade au nitrate d'argent. Souvent le seul traitement de la maladie du nez fait rétrograder celle de l'œil encore peu prononcée.

M. Borelli, mais avec la précaution d'implanter nos épingles et de placer notre ligature suivant un plan qui couperait obliquement de haut en bas et d'avant en arrière le cône cornéen vers la réunion de son tiers inférieur avec ses deux tiers moyens, dans le but d'amener la cicatrice bien au-dessous de l'axe de la pupille. L'enfant, assez pusillanime, mais qui nous avait vu déjà pratiquer une opération semblable à celle qu'il subit en ce moment, n'a donné aucune marque de sensibilité, soit au moment de l'implantation des épingles, soit au moment de la constriction déterminée par la ligature. Evidemment il n'y eut ici d'autre tissu intéressé que celui de la cornée transparente.

Immédiatement après l'opération, la tumeur, ayant laissé échapper quelques gouttes de sérosité, à travers les ouvertures faites par les épingles, s'était ridée et avait diminué de près du quart de son volume.

Le 12, ni douleur, ni inflammation (pédiluve); tumeur réduite en une petite masse charnue, d'un blanc rosé, de 2 millimètres de diamètre.

Le 13, ni douleur, ni inflammation, ni suppuration.

Le 14, chute de l'escarre et des épingles; plaie d'un tiers de millimètre de diamètre sur un fond épais et déjà solide; cornée bien convexe et entièrement opaque.

Du 16 au 21, l'inflammation s'étant modérément développée, nous faisons appliquer sur la tempe une ventouse qui la diminue, sans éclaircir la cornée toujours trouble.

Dès le 24, nous avons recours à un soluté d'azotate d'argent faible, puis plus tard à du laudanum. Sous l'influence de ces moyens, toute trace d'inflammation a disparu; la cornée, réduite aux 4/5 à peu près de ses dimensions normales, a perdu peu à peu de sa convexité, sans avoir recouvré sa transparence, de sorte que l'opéré verrait à peine de cet œil pour se conduire. Ce que nous avons gagné ici, c'est d'avoir fait cesser une difformité menaçante en conservant la forme de l'œil encore capable de percevoir quelque peu de lumière.

Quelques mois auparavant, le 26 mars dernier, nous avions fait une opération du même genre, qui fut accompagnée de phénomènes et suivie de résultats un peu différents de ceux que nous venons de rapporter. Le sujet de cette première observation (publiée dans la Gazette des Hôpitaux, n° 58, du 20 mai 1858), est un homme robuste, âgé de trente-trois ans, affecté d'un staphylôme conique, suite d'un onyx. La lésion n'occupait que le tiers inférieur

de la cornée, les deux tiers étant restés sains et translucides ; une partie de l'iris engagée dans la base du staphylôme dut être traversée par les épingles inférieurement, aussi y eut-il, au moment du passage de ces épingles et de l'étreinte de la base de la tumeur par le fil, une douleur assez vive, mais de très-courte durée. Une violente ophthalmie, développée dès le quatrième jour, nécessita l'emploi des moyens les plus énergiques. Vers la fin de mai, la cornée avait repris sa convexité normale. Aujourd'hui réduite aux trois quarts de son étendue première, elle est transparente dans ses deux tiers supérieurs ; son tiers inférieur est envahi par un albugo cicatriciel dont l'épaisseur diminue du centre à la circonférence ; la pupille, un peu déformée, est libre, et le malade voit encore assez distinctement; de telle sorte que je puis maintenir cette expression, avancée dans ma rédaction première : l'œil a repris ses fonctions.

Vers la même époque, à peu près, M. le docteur Guépin pratiquait, sur une femme de quarante ans, la ligature d'un staphylôme de la cornée et de la sclérotique, dans lequel une de ses épingles avait traversé une portion de l'iris, de la choroïde, en passant sous le corps ciliaire. Malgré ces circonstances défavorables de parties si délicates embrassées par l'anse de fil, il n'y eut d'autre accident que des douleurs cruelles pendant vingt-quatre heures ; le cinquième jour l'escarre tomba, et le douzième le chirurgien de Nantes songeait à pratiquer une pupille artificielle. (Annales d'oculistique, avril 1858.)

5. Il n'y a rien dans ce qui vient d'être rapporté, à propos de l'élément douleur, qui ne puisse se présenter pendant et après la *rescision* et l'*excision* encore en honneur aujourd'hui : il y a plus, c'est que les deux derniers procédés, appliqués au sujet de M. Guépin, eussent été suivis d'une hémorrhagie inquiétante.

6. Est-il possible que chez certains sujets la section de la portion étranglée s'ulcère et vienne à suppurer ? Ni M. Borelli, ni M. Guépin, ni nous, n'avons rien observé de semblable ; mais quand cela serait, est-il un des autres procédés, dont le moindre inconvénient est l'introduction de l'air dans l'œil ouvert, qui n'ait des accidents de cette nature infiniment plus graves à redouter ? Les uns exposent ou obligent à vider l'œil, les autres à des hémorrhagies, tous aux ophthalmies générales les plus violentes.

7. Occupons-nous de dangers plus réels dont nous avons puisé la connaissance dans notre propre pratique.

A. La cornée transparente, ne le perdons pas de vue, est tellement élastique chez les adultes, qu'elle se laisse distendre avec une

facilité extrême; mais aussi, pour la même raison, elle revient sur elle-même avec plus de promptitude qu'on ne pourrait le supposer. Gardons-nous donc d'en détruire un segment trop considérable, quand cela n'est pas rigoureusement nécessité par l'état des tissus ; car, en obéissant aux lois physiques qui la régissent, elle peut perdre considérablement de sa convexité, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans nos deux observations relatées plus haut ; et les conséquences d'un pareil retrait ne sauraient échapper à la sagacité des chirurgiens.

B. Il paraît cependant qu'il faut peu compter sur cette élasticité chez les enfants, à en juger par ce qui nous est arrivé à nous-même. Le 24 mai 1859, une petite fille de dix ans, affectée d'un staphylôme dont la base occupait tout le segment cornéen, et qui mesurait en hauteur 12 millimètres, fut présentée à notre consultation ; nous opérâmes, avec toutes les précautions requises, après avoir préalablement chloroformé l'enfant pour nous mettre à l'abri de ses mouvements désordonnés ; néanmoins, malgré notre prudente réserve à n'implanter nos épingles que dans le milieu du cône, considéré selon sa hauteur, elles déchirèrent le tissu cornéen, et tombèrent sur les pièces de l'appareil dès le second jour, de sorte que c'est une opération à recommencer, bien que la difformité ait diminué de près de moitié.

Ce qu'il est permis de conclure de ce mémoire, c'est que : 1° la ligature, modifiée selon le procédé Borelli, est applicable à presque toutes les espèces de staphylômes ; 2° elle est d'autant moins douloureuse que le staphylôme est plus simple, eu égard aux éléments qui entrent dans sa composition ; 3° elle n'a été suivie jusqu'ici d'aucun des accidents qui empêchent de recourir aux procédés connus; en conséquence, elle offre les résultats les plus favorables à la prothèse ; 4° en rectifiant la direction des parties restées diaphanes, autour d'un staphylôme partiel, elle peut rétablir, jusqu'à un certain point, la vue d'emblée ou au moins mettre l'œil dans des conditions telles que l'on puisse tenter l'établissement d'une pupille artificielle.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'iodure double de fer et de quinine, et de son emploi thérapeutique

Parmi les nombreuses substances que renferme la matière médicale, les préparations ferrugineuses occupent un rang élevé, et

rendent tous les jours aux praticiens qui savent les employer des services immenses. Cependant les composés ferrugineux n'ont pas tous la même importance, et parmi eux le médecin doit savoir discerner quels sont ceux qu'il doit prendre, et quelle confiance il doit accorder à leur préparation comme à leur effet thérapeutique.

Nous n'avons pas pour but d'étudier en particulier toutes les préparations de fer, mais seulement l'une d'elles, l'iodure double de fer et de quinine, à cause de l'importance de ce composé ternaire.

Les succès obtenus par les praticiens les plus éminents avec l'iodure de fer simple, dans le traitement des affections scrofuleuses, de la chlorose, de la tuberculisation pulmonaire, avaient déja fait pressentir combien il serait avantageux d'unir à cette préparation ferrugineuse les principes actifs du quinquina. Aussi, tous les jours on voit prescrire l'extrait de quinquina avec une poudre de fer, l'iodure de fer avec le vin de quinquina. Malheureusement, ce n'est atteindre le but que l'on se propose que d'une manière incomplète. En effet, dans le premier cas, on se sert d'une poudre qui ne devient soluble dans les voies digestives qu'en très-minime proportion, et d'un extrait renfermant des matières inertes, qui rendent l'absorption difficile et fatiguent souvent le malade. Il n'est pas un médecin qui n'ait été obligé de suspendre un traitement par les ferrugineux, non pas que les indications ne fussent exactement remplies, mais parce que les vomissements, ou plus souvent des douleurs gastralgiques, tourmentaient le malade, au point qu'il fallait renoncer à ce mode de thérapeutique. Et d'ailleurs, à combien de méprises n'est-on pas exposé, en administrant soit la poudre de quinquina, soit ses diverses préparations ; leur rendement en alcaloïdes, et par conséquent leur principe vraiment actif, variant dans l'énorme proportion de 1/2 pour 1,000 à 4 pour 100!

On n'est pas plus rassuré en administrant dans le second cas l'iodure de fer et le vin de quinquina ; des décompositions se forment et viennent atténuer ou même neutraliser complétement l'action thérapeutique que le médecin en attendait. Il est prouvé, en effet, soit par l'analyse des substances vomies quelque temps après leur ingestion, soit par les garde-robes qui offrent une coloration particulière, qu'il se forme de l'iodure de quinine et du tannate de fer.

M. Bouchardat, pressentant l'existence et toute l'importance d'un composé ternaire dans lequel se trouveraient combinés l'iode, le fer et la quinine (iodure double de fer et de quinine), a cherché a obtenir ce nouveau produit, en versant dans une solution d'iodure

de fer une dissolution acide de quinine : par ce moyen, il a obtenu un précipité de couleur ambrée passant vivement au rouge au contact de l'air, et même dans le liquide acide où s'est formé ce produit qui devient, dit M. Bouchardat, produit insoluble, et par cela même impropre à la médecine ; l'auteur a pensé qu'il serait possible de retrouver les propriétés de ce produit dans le mélange suivant :

Sulfate de quinine......................	1 gramme.
Iodure de fer...........................	2 grammes.

F. S. A. 40 pilules.

Ces pilules, quoique défectueuses, jouissent, d'après lui, de propriétés précieuses dans les affections scrofuleuses, chlorotiques, etc. Cette préparation, s'attaquant à la cause de l'intermittence, en même temps qu'elle rétablit les qualités primitives du sang, réussit mieux qu'aucune autre dans les fièvres intermittentes rebelles.

Nous admettrons bien avec ce savant professeur que l'administration de l'iodure de fer et de quinine puisse rendre quelques services dans le traitement des fièvres intermittentes qui durent depuis longtemps, et qui ont altéré la constitution du malade ; mais nous ne croyons pas, jusqu'à preuve contraire, que ces fièvres cèdent à l'action de ce composé ferrugineux, par cela seul qu'il s'attaque à la cause de l'intermittence. Des médicaments autrement puissants sont sans action contre de pareilles affections ; le sulfate de quinine, l'acide arsenieux, quelle qu'en soit la dose, ont souvent été administrés sans succès, pour atténuer les progrès d'une maladie qui semble, dans quelques cas, avoir élu domicile chez certains sujets et faire partie d'eux-mêmes. Nous ne prétendons pas, néanmoins, proscrire du traitement des fièvres intermittentes rebelles les préparations ferrugineuses ; loin de nous cette pensée; nous croyons, au contraire, qu'un médicament tonique donnera au malade la force nécessaire pour réagir contre le principe morbide qui ruine sa constitution.

Un pharmacien de Paris, M. Rebillon, a repris et continué les expériences de M. Bouchardat, et a obtenu le même produit avec sa coloration jaune. Ce produit, soumis à l'analyse, et traité par les divers réactifs des sels de fer, n'a donné aucune trace de ce métal. Ce serait donc, non pas de l'iodure de fer et de quinine, mais simplement de l'iodure de quinine.

De plus, si, pour obtenir ces pilules, on mélange l'iodure de fer avec le sulfate de quinine, le contact de ces deux corps en présence de poudres inertes qui contiennent de l'amidon, du tannin, etc., donne naissance, par suite d'une prompte réaction, à des iodures de qui-

nine et d'amidon, et à des sels de fer, tannate et iodo-tannate de fer, etc. Aussi ne doit-on pas s'étonner si les pilules dites d'iodure de fer et de quinine préparées jusqu'à ce jour, et déjà trop répandues, présentent après leur ouverture une couleur noire résultant de la décomposition que nous venons de citer. Quelle pourrait être leur valeur thérapeutique ? C'est ce qui a fait dire à quelques médecins, bons juges en cette matière, que l'iodure de fer et de quinine est un médicament infidèle, précisément parce qu'il n'était pas encore obtenu à l'état de composé ternaire bien défini.

Par un nouveau procédé chimique, fruit de laborieuses recherches, M. Rebillon a obtenu la combinaison de ces trois principes : iode, fer et quinine. C'est un corps d'une composition fixe, bien déterminée, dans lequel deux équivalents de protoiodure de fer sont unis à un équivalent de quinine, et dont la formule est FeI^2, C^{20}, H^{12}, AzO^2. Corps résineux, d'un beau vert, à cassure vitreuse et cristalline, sans odeur, d'une saveur amère et styptique, qui rappelle très-bien celle de la quinine et des sels de fer. Insoluble dans l'éther, les huiles essentielles et les huiles fixes, il est soluble dans l'eau bouillante, surtout dans l'eau sucrée, dans l'eau alcoolisée et dans l'alcool.

La solution aqueuse ou alcoolique est sans action sur le papier de tournesol. Elle ne colore pas en bleu la solution d'amidon, et tous les réactifs des sels de fer mettent ce métal en évidence. Il est plus lourd que l'eau, sa densité est 2,50.

Si on l'expose à l'air pendant plusieurs heures, il brunit et prend à la surface une couleur de rouille, qui indique la formation d'un carbonate ou d'un hydrate de sesquioxyde de fer. La coloration verte persiste pendant plusieurs mois dans l'épaisseur de la masse.

Par la chaleur il se vitrifie, entre en fusion avant le rouge brun, et se boursoufle ensuite. Si l'on porte la température jusqu'au rouge blanc, la quinine est détruite, l'iode se volatilise, ce que l'on constate facilement au moyen d'un papier amidonné, et le résidu est un charbon dans lequel on retrouve le fer.

Ce n'est donc plus un mélange, mais le composé parfaitement défini qu'on cherchait à découvrir. Comme dernière preuve, ajoutons que la combinaison se fait dans des proportions si bien déterminées, que si, au lieu de deux équivalents d'iodure de fer pour un de quinine, on en met quatre, cinq ou plus, on obtient toujours le même produit en poids et en couleur, et l'iodure de fer en excès reste dans les eaux mères.

Le mode de préparation est le suivant :

Pr. Sulfure de barium........................ Q. S.

Dissolvez dans l'eau chaude et filtrez. Ajoutez par petites quantités de la teinture d'iode pour précipiter le soufre et former de l'iodure de barium ; filtrez de nouveau et chauffez pour volatiliser l'alcool ; ajoutez également, par petites quantités, une solution concentrée de sulfate de quinine : vous formez du sulfate de barite et de l'iodure de quinine ; filtrez encore la liqueur : si elle est acide, vous la rendrez alcaline par une base, et vous ajouterez enfin une solution au tiers de protoiodure de fer; en chauffant le mélange, l'iodure double de fer et de quinine se prend en masse.

Pilules.

Iodure double de fer et de quinine..............	1
Miel..	1
Poudre de guimauve et de réglisse.................	Q. S.

pour 16 pilules enrobées.

L'iodure de fer et de quinine ainsi préparé est altérable à l'air. Il fallait donc parer à cet inconvénient pour lui conserver ses propriétés. Au moyen d'une enveloppe résino-balsamique, le chimiste que nous citons, et qui a bien voulu répéter toutes ces expériences devant nous, a obtenu ce corps sous forme pilulaire, et le livre inaltérable à la thérapeutique. La coloration suffit pour le prouver ; les pilules ont toujours la même, après des années entières.

Outre la forme pilulaire, l'iodure double de fer et de quinine peut s'administrer en sirop qui ne s'altère pas comme le sirop d'iodure de fer; car nous en avons vu qui, placé depuis trois ans dans toutes les conditions favorables à la fermentation, n'a pas subi la plus petite altération.

La quantité de cet iodure à administrer aux malades varie selon les cas. Aussi ne peut-on guère établir de règles fixes. Les pilules sont données de deux à six par jour, au moment des repas ou à jeun; le sirop à la dose de une à deux cuillerées à bouche par jour. Il est un cas où le médecin doit augmenter la quantité du médicament, c'est quand on l'administre contre une fièvre intermittente. Le docteur Fayolle, qui a souvent occasion de traiter des fièvres intermittentes, à cause de la configuration du pays où il exerce, fait faire des pilules plus fortes pour que le malade ne soit pas obligé d'en prendre un aussi grand nombre.

Dans un grand nombre de maladies, l'iodure double de fer et de quinine peut remplacer la plupart des préparations ferrugineuses,

et, dans quelques cas bien déterminés, il peut et doit être donné à l'exclusion de toute autre substance. Placé en qualité d'interne dans différents services des hôpitaux, nous avons pu, soutenu par le concours bienveillant de nos chefs de service, expérimenter cette nouvelle substance et nous assurer ainsi de sa valeur thérapeutique.

L'iodure double de fer et de quinine a été administré dans des maladies du ressort de la médecine, comme dans des affections chirurgicales, et, dans des cas que nous avons suivis avec beaucoup de soin, nous avons pu en constater les bons résultats. Nous ne donnerons pas en détail les observations des maladies contre lesquelles a été donné l'iodure de fer et de quinine; une pareille marche nous entraînerait trop loin; nous nous bornerons à citer quelques cas qui nous ont paru les plus probants.

Obs. I. Au mois d'août 1858, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, nº 22, la nommée X***, âgée de dix-neuf ans, lingère, demeurant à Vaugirard; cette jeune fille, grande, pâle et offrant tous les signes de la chloro-anémie, vient réclamer les secours de la chirurgie pour une carie des os du tarse, côté droit, affection qui date de quatre ans, et qui depuis quelques mois a fait tellement de progrès que la malade ne peut plus marcher. Après un examen approfondi de la partie malade, M. Follin, chargé du service par intérim, décide l'amputation partielle du pied, et pratique quelques jours après l'amputation de Chopart. L'opération, quoique très-rapidement et très-habilement faite, ne laissa pas que de causer une perte de sang assez considérable, vu le nombre prodigieux d'artérioles qu'il fallut lier. Ce développement considérable de la circulation est expliqué par la présence du foyer malade : les suites de l'opération n'offrent rien de remarquable, si ce n'est deux hémorrhagies survenues à trois jours d'intervalle et qui toutes furent arrêtées par le perchlorure de fer aidé de la compression : le quarante-cinquième jour, à l'aide du cautère actuel, on établit une surface saignante après la chute de l'escarre sur la face dorsale du pied, et cela dans le but d'obtenir la réunion définitive du lambeau plantaire, qui, taillé très-long, ainsi qu'il est dit dans tous les traités de médecine opératoire, répondait à une surface impropre à la réunion. La cicatrisation marcha très-bien depuis ce moment, et, huit mois après, la jeune fille pouvait quitter le lit.

L'état de faiblesse où se trouvait la malade après l'opération, les pertes de sang par hémorrhagie, la longueur de la suppuration avaient usé les forces de la patiente, qui tous les soirs était encore tourmentée par des accès de fièvre qui rendaient le sommeil impossible. Pendant le premier mois qui suivit l'opération, un traitement tonique fut institué, et l'alimentation fut très-imparfaite. Toutes les préparations de quinine et de fer furent inutilement essayées; la maigreur était extrême au deuxième mois, les digestions nulles, la réaction fébrile du soir constante; c'est dans ces circonstances que

l'on donna l'iodure double de fer et de quinine à la dose de 2 pilules le premier septénaire, de 4 pilules le second, et enfin de 6 pilules, au moment du repas. Sous l'influence de cette médication, les fonctions se rétablirent, et, au commencement du troisième mois, l'alimentation se faisait très-bien ; dans ce cas, les résultats sont manifestes. Le vin de Bordeaux, la viande, ont sans doute aidé à la médication, mais assurément la plus grande part revient à l'iodure double de fer et de quinine.

Au mois de février, la malade sortait de l'hôpital et marchait fort bien à l'aide d'une bottine.

Obs. II. Sur une femme âgée de soixante-dix-neuf ans, et entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 8, pour un phlegmon diffus du bras droit, la même médication a produit de magnifiques résultats ; l'âge de la malade, l'état de maigreur où elle était lors de son admission dans la salle, l'abondance de la suppuration par suite de décollements énormes produits par le phlegmon, qui occupait l'avant-bras et le bras jusqu'à l'épaule, la diarrhée survenue pendant le traitement, avaient réduit cette femme au dernier degré de marasme.

Dans cette observation comme dans la précédente, c'est encore au vin donné en assez grande quantité, et aux pilules d'iodure de fer et quinine que nous attribuons la résurrection de la malade.

Dans le domaine de la médecine proprement dite, l'iodure double de fer et de quinine a été donné dans un grand nombre de maladies, telles que : affections chlorotiques scrofuleuses, tuberculisation pulmonaire, et pendant la convalescence des fièvres continues ou des pneumonies, convalescence si longue et où les fonctions digestives se réveillent si péniblement. Dans ces deux dernières maladies, la convalescence a été évidemment plus courte, dans deux cas surtout, où les malades étaient atteints de fièvre continue à forme adynamique, avec hémorrhagie et escarre; dans ces cas, les forces sont revenues plus vite, les accès du soir ont été complétement arrêtés ; il est bien entendu que nous parlons ici des réactions qui surviennent pendant les premiers temps de la convalescence.

Nous pourrions encore citer cinq observations de phthisie pulmonaire à la première période dans lesquelles l'état s'est rapidement amélioré ; l'appétit a reparu, les sueurs qui tourmentent si fort les malades ont cessé : une de ces malades, que nous avons soignée à Albi en 1857, tourmentée depuis un an par des hémoptysies qui revenaient environ tous les mois, et qui n'étaient nullement supplémentaires des règles, a vu son état s'améliorer d'une manière surprenante, et aujourd'hui, quinze mois après, son état est excellent.

Nous n'avons pas eu occasion d'expérimenter l'iodure double de fer et de quinine contre les fièvres intermittentes de nature paludéenne : ainsi que nous l'avons dit plus haut, le docteur Fayolle n'emploie pas d'autre mode de traitement, et il nous a assuré qu'il avait bien moins de récidives qu'avec le sulfate de quinine.

Nous sommes en droit de conclure que l'iodure de fer et de quinine possède des propriétés thérapeutiques précieuses, et nous serions heureux de voir des mains plus habiles que les nôtres le soumettre de nouveau à l'étude, et de voir se confirmer ce que nous avons dit dans ce travail, que nous avions entrepris dans le but de donner à la matière médicale une nouvelle substance, et aux médecins une arme de plus pour combattre certaines maladies,

B. Bosia,
Interne des hôpitaux.

Préparation de phosphore contre les paralysies des muscles de l'œil.

Le phosphore est peu employé en thérapeutique, car ses indications spéciales sont loin d'être nettement posées. Dans les cas de paralysies localisées aux muscles de l'œil, M. Tavignot prescrit avec succès des frictions avec le liniment suivant :

Huile de noix......................	100 grammes.
Naphte................................	52 grammes.
Phosphore..............................	20 centigrammes.

Ces frictions sont faites le soir, au moyen d'un tampon de flanelle, qui est ensuite dédoublé et fixé sur le front pendant toute la nuit.

A l'intérieur, il prescrit des pilules, contenant chacune 2 milligrammes de phosphore fondu dans l'axonge. On en prend une d'abord, et on élève la dose progressivement jusqu'à trois.

Dans ces derniers temps, M. Tavignot a substitué aux pilules phosphorées une émulsion composée de :

Huile d'amandes douces.................	10 grammes.
Phosphore..............................	10 centigrammes.
Sirop de gomme.........................	90 grammes.
Gomme en poudre........................	2 grammes.

à prendre par cuillerée à café, une d'abord, puis deux, puis trois par jour. Recommander d'agiter le flacon chaque fois qu'on administrera l'émulsion.

Collyre contre l'ophthalmie des nouveau-nés.

On n'a pas encore demandé à la glycérine tout les services que

cette substance peut rendre, surtout dans le traitement des maladies des yeux. Aux diverses formules des collyres que nous avons publiées, il y a déjà quelques années, nous ajoutons la suivante, recommandée par M. Foucher pour le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés :

Pr.	Glycérine..........................	30 grammes.
	Nitrate d'argent....................	10 à 20 centigrammes.

On commence par nettoyer l'œil au moyen d'une injection d'eau froide contenant un quinzième de chlorure de soude du Codex ; puis on applique une goutte du collyre ci-dessus, à l'aide d'un petit pinceau à aquarelle, à la surface interne des paupières.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur la pulvérisation des liquides médicamenteux en vue des affections des organes respiratoires. — Comparaison des procédés des appareils pulvérisateurs.

Troisième lettre à M. le docteur Debout, par M. le docteur Sales-Girons, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds [1].

La place honorable que vous avez faite à mes deux premières lettres sur la thérapeutique respiratoire nouvelle m'encourage à vous adresser encore celle-ci, qui vient compléter les deux autres, espérant que vous lui ferez le même accueil.

Nul ne sera surpris, monsieur, de ce qu'ayant un journal de médecine en ma possession, je publie ces études dans le vôtre. Quand on fait de la thérapeutique pratique, reconnaître que le *Bulletin général* en est l'organe le mieux autorisé, c'est rendre justice au savoir que vous avez mis à son service pour en justifier le titre.

L'émulation que la médecine vient de déployer à la recherche des moyens qui ont pour objet le traitement des affections aiguës ou chroniques des organes respiratoires ne sera pas un des moindres traits caractéristiques de notre époque médicale. Depuis que la phthisie a été relevée du pronostic fatal de l'incurabilité, que de médications sont venues à l'aide du poitrinaire ! Mais c'est surtout pour les affections aiguës, l'angine, la diphthérie, le croup, que l'émulation a été féconde en procédés et en moyens pour atteindre cette muqueuse laryngique et bronchique.

Je ne parlerai pas de ces pratiques quasi-chirurgicales, telles que

[1] Voir les livraisons du 15 mai 1858 et du 28 février 1859.

les cathétérismes violents, importés d'Amérique et mis en œuvre pour introduire le caustique jusqu'après la grande division des bronches; mais de ces procédés plus français, tels que les tubages, curages, raclages, écouvillonnages, badigeonnages, etc., qui ont occupé les Académies, tandis qu'au dehors la pratique civile multipliait les moyens plus mitigés, tels que les injections, insufflations, affusions, irrigations, instillations, inhalations, gargarismes, les plus variés, pour atteindre l'affection sur place, et l'atteindre le plus doucement et le plus naturellement possible.

Ce grand nombre de moyens divers, et je n'en épuise pas la liste nominale, qui témoigne du soin spécial qu'on a donné à la thérapeutique des lésions respiratoires, prouve aussi par sa multiplicité qu'aucun d'eux ne réalise l'intention parfaite du médecin. Mais il est facile de voir que ceux qui se rapprochent le plus des moyens naturels, c'est-à-dire qui sont applicables avec le moins de violence ou avec le plus de facilité aux malades, sont les préférés, et ceux qui resteront à la pratique.

Je veux dire, monsieur le Rédacteur, que la pulvérisation des liquides, qui vient rendre les médicaments respirables et naturellement respirables, doit paraître, si on y regarde sans prévention, le moyen qui, imaginé avant, eût dispensé de tous les autres, et, imaginé après, en est le dernier perfectionnement.

Les chlorates de potasse ou de soude qui ont été si vantés, les perchlorure et persulfate de fer, que l'on a préférés ensuite et que l'on a appliqués, les uns et les autres, par des procédés opératoires plus ou moins rudes pour la susceptibilité des organes lésés; ces liquides médicamenteux, dis-je, peuvent être aujourd'hui poudroyés sous le nez et devant les lèvres du malade des heures entières, et pénétrer, comme les expériences le démontrent, aussi avant que puisse s'étendre le mal, soit jusqu'aux divisions aréolaires des bronches.

Il ne faut de la part du médecin que disposer l'appareil pulvérisateur à portée du malade, et de la part de celui-ci que respirer. Jamais médication fut-elle plus naturelle ?

Or, si l'attouchement momentané d'un liquide pouvait détruire les productions diphthéritiques du pharynx et du larynx, il est au moins rationnel de penser que la respiration continue du même liquide, non-seulement détruira les productions, mais en préviendra la formation par la continuité de l'application topique, c'est-à-dire de la respiration.

Tout cela est connu grâce au *Bulletin de Thérapeutique* et aux

journaux qui l'ont répété ; le succès de la pulvérisation des liquides est assuré. Et le succès ne se manifeste pas seulement en cela, qu'en moins de trois ans tous les établissements thermaux d'eaux sulfureuses, iodées, chlorurées, bromurées, nous auront fait l'honneur de se l'approprier sous le nom de *salles de respiration*, ou en cela que notre petit *appareil portatif* sert déjà la médecine en France et à l'étranger ; le succès de notre idée se manifeste, selon nous, en ce que les applications des liquides pulvérisés s'étendent à d'autres usages que ceux de la respiration, et en ce que des appareils, remplissant des indications nouvelles, sont inventés, non en concurrence industrielle sans doute, mais en concurrence thérapeutique, ce qui vaut mieux pour la science.

Il existe déjà aujourd'hui trois appareils de pulvérisation liquide :

1° Le nôtre, qui n'a pas de nom grec, qu'on veut bien appeler le *pulvérisateur* du docteur Sales-Girons, fabriqué chez M. J. Charrière, et que nous citons le premier, parce qu'il est le premier en date (¹) ;

2° Celui de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, qui a reçu le nom de *néphogène* ;

3° Et celui de M. Mathieu (de la Drôme), ancien député, et qui a reçu le nom d'*hydroféré*.

Ces deux derniers ayant eu leur présentation respective à l'Académie de médecine, nous pouvons en parler ; leur description même n'aurait point de danger, vu leur brevet. Ajoutons, comme particularité singulière, que s'ils ne sont pas nés en même temps, ils sont tous les deux brevetés du même jour.

De l'Académie sans doute la notification de ces appareils ayant fait son chemin dans le monde médical, quelques confrères et notamment M. le professeur Gintrac, directeur de l'Ecole de Bordeaux, nous ont écrit pour nous demander la différence qui distingue ces appareils. Qu'il nous soit permis d'en comparer les principes, le fonctionnement et le but médical surtout.

Remercions d'abord les auteurs de ces deux appareils d'avoir explicitement reconnu l'un et l'autre, dans leur publication, que c'est notre idée thérapeutique de la pulvérisation qu'ils ont eu pour objet de développer et d'étendre en les produisant, et commençons notre rapide comparaison.

Jusqu'ici, la division des liquides médicamenteux n'a eu que deux

(¹) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LVI, p. 169.

moyens mécaniques : ils ont été ou *soufflés* ou *brisés*. La force centrifuge qui leur sera probablement appliquée à cette même fin n'a pas encore été mise à profit.

1° En soufflant violemment une goutte d'eau qui est dans un tube, et en la forçant ainsi d'aller sortir par un petit trou ménagé à l'extrémité, on produit un jet de poussière liquide, composée de l'eau et du vent insufflés. C'est la *pulvérisation soufflée*.

2° En faisant sortir, par un trou capillaire, un filet d'eau, si celui-ci a l'impulsion ou la roideur que donne la pression de trois atmo- sphères au moins, il suffira d'opposer à ce jet un corps résistant, l'ongle par exemple, pour le voir s'y éclabousser en poussière liquide, aussi facilement respirable que les poussières solides les plus ténues qui volent dans l'espace. C'est la *pulvérisation brisée*.

La pulvérisation que nous avons adoptée pour notre thérapeutique respiratoire est fondée sur le principe de l'eau brisée; celle des deux autres appareils est fondée sur le principe de l'eau soufflée.

Or, comme, bien avant de connaître l'eau brisée, notre idée propre était celle de l'eau soufflée, pour produire la poussière liquide, nous n'avons qu'à dire les raisons de notre préférence, pour répondre à la question qui nous est adressée par M. le professeur Gintrac sur la différence des appareils pulvérisateurs.

Il ne faut pas oublier que la méthode nouvelle a été primitivement faite pour l'eau minérale : il s'agissait alors de l'eau sulfureuse de Pierrefonds-les-Bains.

Ayant donc fait, comme médecin-inspecteur, une étude spéciale de la matière, je devais savoir qu'un liquide comme les eaux minérales naturelles, pour lesquelles la science chimique n'a jamais assez de précautions contre l'air, la température, et même la lumière, qui les détériorent plus ou moins ; je devais savoir qu'entre le procédé qui les poudroierait par le vent soufflé violemment, comme cela est nécessaire, et celui qui les briserait sans le moindre souffle et pour ainsi dire sur la bouche du malade, celui-ci aurait l'agrément et l'autorité de la science chimique.

La science physique, en outre, venait me donner le soupçon que probablement un courant d'air, rapide comme il le faut pour diviser l'eau en particules pulvérulentes, la faisait changer d'état et la réduisait à la forme vésiculaire, ce qui n'eût fait que doubler le contact de l'air, au dedans et au dehors de la vésicule aqueuse.

L'eau minérale, en somme, me paraissait, sinon perdue, du moins bien compromise sous le procédé de la ventilation forcée; et pour moi qui avais la prétention de la faire respirer, autant que possible, dans toute l'intégralité de sa synthèse hydrominérale, pensant qu'elle n'est un médicament que dans l'unité de sa composition naturelle, ces considérations physiques et chimiques devaient être de la plus haute importance.

La physique enfin venait m'apprendre que, ventilée vivement par un trou capillaire, l'eau minérale en poussière pourrait être refroidie jusqu'aux degrés voisins de zéro; ce dont la minéralisation ne se trouverait pas mieux que d'une élévation notable de température.

Je ne compare pas encore ici les instruments dont il s'agit; je confronte seulement deux systèmes mécaniques de pulvérisation liquide devant la physique et la chimie des eaux minérales naturelles; nous en laisserons les auteurs se faire eux-mêmes l'application de la différence. Passons au fonctionnement des trois appareils.

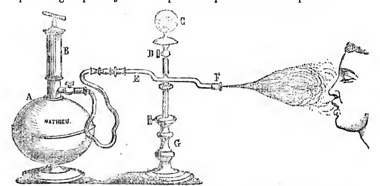
Pour bien faire comprendre ce fonctionnement, il faudrait une description des appareils; mais cela nous entraînerait hors des limites qui nous sont imposées dans cet article; abrégeons, en disant seulement pour les deux procédés en parallèle que :

1° Dans le premier, l'eau minérale (ou tout autre liquide médicamenteux) est mise dans un vase fermé, de cuivre ou de verre; que là elle est comprimée avec une force de trois atmosphères au moins; que sous l'effort de cette compression elle sort par un trou capillaire, ayant un jet de cette forme, et que ledit jet ou filet, rencontrant une lentille solide à trois ou quatre centimètres, se brise sur elle, réduisant en poussière la plus grande quantité du liquide. Cette poussière étant dirigée sur le nez et les lèvres du malade, celui-ci n'a qu'à la respirer naturellement.

Remarquons ici que le filet d'eau sort par la compression, sans la moindre particule d'air, et que la poussière liquide n'a de rapport avec l'atmosphère que dans le court espace qui sépare la lentille sur laquelle s'éclabousse l'eau, de la bouche du malade, laquelle peut n'en être distante que de trois ou quatre centimètres. A moins de poudroyer le médicament dans la bouche même, on ne peut mieux faire pour respecter et sauver la composition de l'eau minérale.

2° Pour l'appareil de M. Mathieu le fabricant, représentez-vous un soufflet ordinaire, à jet d'air continu, et soufflant avec la force

d'une atmosphère à peu près. Or, supposez une goutte de liquide qui tombe dans le bec du soufflet, lequel serait terminé par un très-petit trou : la goutte liquide, entraînée par le jet d'air, sort avec lui et forme comme une queue de comète de poussière d'eau, d'autant plus longue que le jet d'air a plus d'impulsion ou de rapidité.



Remarquons ici que cette poussière, parfaite de finesse et de ténuité, peut être définie : beaucoup d'air et très-peu d'eau, parfaitement mélangés; le volume du gaz comparé à celui du liquide, en effet, étant au moins comme 1,000 est à 1.

3° L'appareil de M. Mathieu (de la Drôme), est fondé sur le même principe : c'est encore un soufflet qui pousse des gouttes d'eau introduites dans son bec; avec cette différence que cet auteur n'a pas tenu à la finesse de la poussière liquide, il préfère même les gouttelettes à des fragments de si parfaite ténuité. Cela rentre mieux, comme on va le voir, dans l'intention finale qu'il se propose de remplir avec son appareil.

Ces trois instruments sont destinés à servir la thérapeutique : ils sont des instruments de médecine devant remplir des indications diverses.

Le premier, c'est-à-dire celui que nous avons adopté, n'a pas de son origine d'autre objet que la respiration; nous voulons dire la pulvérisation des eaux minérales, et autres liquides médicamenteux, en vue des maladies chroniques ou aiguës des organes respiratoires.

Le second, celui de M. Mathieu le fabricant, eut d'abord, dans la pensée de son auteur, la même destination que le nôtre; aujourd'hui nous apprenons qu'on l'aurait détourné de cet emploi et qu'on l'aurait étendu au traitement de quelques affections oculaires et des plaies externes d'une certaine nature.

Le troisième, celui de M. Mathieu (de la Drôme), a une destination plus vaste par son objet : il doit servir à la balnéation. L'auteur, ayant appris la division de l'eau en poussière, nous fit l'honneur d'une visite pour nous demander si nous avions jamais eu l'idée de donner des bains médicinaux avec la poudre d'eau. Sur notre réponse qu'une fois seulement nous avions exposé une surface dartreuse à la pulvérisation de l'eau sulfureuse, et que cette affection avait sa place sur le visage, M. Mathieu (de la Drôme), nous exposa son plan. Nous l'avons reproduit, rédigé par lui-même en mémoire, dans la Revue médicale, numéro du 30 avril 1859. C'était de notre part la preuve que l'idée était plus sérieuse qu'on ne l'avait trouvé à la Société d'hydrologie, à laquelle le mémoire avait été communiqué quelques jours auparavant.

Donner un bain d'eau minérale de Vichy, par exemple, avec deux ou trois litres de liquide pulvérisé, en ayant soin que la poussière liquide enveloppe le corps du sujet durant la demi-heure que durera la pulvérisation, telle est, en résumé, l'innovation de M. Mathieu (de la Drôme).

Restait à démontrer que cette affusion de poussière d'eau sur le corps valait bien l'immersion habituelle dans une baignoire : c'est ce que s'attachait à prouver, dans le mémoire susdit, M. Mathieu (de la Drôme); et ses raisons sont loin d'être dénuées de fondement scientifique; qu'on y regarde.

Or, de même que M. Mathieu (de la Drôme), voulait que son idée de la balnéation lui appartînt en propre, il voulut avoir aussi son instrument à lui. Il se mit à l'œuvre, et, comme M. Mathieu le fabricant y était déjà, ils produisirent en même temps les deux pulvérisations soufflées que nous venons de voir.

Nous avons comparé l'eau brisée et l'eau soufflée devant la physique et la chimie, c'est-à-dire devant les deux sciences accessoires à la médecine, qui nous ont dit l'infériorité de l'eau soufflée. Il nous reste donc à les confronter devant la thérapeutique, qui est notre juge en dernier ressort et le but final de cette étude.

Soit donc mis à part les auteurs et leurs instruments, pour ne voir que les qualités du remède produit. Notre appréciation ne peut avoir rien de personnel aux hommes qui ne nous ont donné d'autre occasion que celle de les remercier de leur déférence à notre idée première de la pulvérisation des liquides, idée que nul du reste ne nous a disputée. Jugeons donc la poussière liquide produite par deux procédés différents, et jugeons-la *médicalement*.

Ici, j'en avertis, nous arrivons avec une opinion formée de longue date. Il y a, dis-je, vingt ans bientôt que nous étudions, et d'une étude presque exclusive, les maladies chroniques de la poitrine, et notre conviction n'a fait que se confirmer sur ce point, à savoir, que la cause, non pas la cause pathogénique, mais la cause d'entretien et d'exaspération de ces lésions, se trouve dans l'air respiré, et très-probablement dans l'oxygène de cet air.

Plus l'atmosphère habitée par le malade de poitrine est abondante en oxygène, comme dans les lieux élevés et à l'air vif, plus le mal déroulera son progrès rapide, et cela quelle que soit la portion de la muqueuse respiratoire lésée. Plus, au contraire, le milieu habité par le sujet sera mitigé en oxygène (non pas dépourvu, il ne faut pas nous prêter des pensées absurdes), plus le malade dont il s'agit verra son affection se développer avec lenteur, si même l'organisme n'y réalise une heureuse modification.

Tout cela est prouvé par l'observation, et tout cela est écrit dans notre ouvrage sur le traitement de ces maladies, publié dès 1845.

Cette opinion même a fait son chemin : elle s'est étendue de nos jours des lésions chroniques : pharyngites, laryngites, bronchites, etc., aux lésions aiguës, telles que les diverses diphthérites de la muqueuse respiratoire.

Les meilleurs traitements sont déjà ceux dans lesquels l'air respiré par le malade est le plus doux en oxygène : l'air tiède, les inhalations émollientes, etc.

L'oxygène atmosphérique est donc, selon nous et selon bien d'autres aujourd'hui, l'ennemi le plus à redouter dans les affections respiratoires.

Cela étant, il est facile de prévoir quelle doit être notre manière de voir touchant la poussière liquide soufflée. Il n'y a qu'à se demander d'abord ce que c'est que le souffle et la ventilation rapide. Ce sont des moyens de renouveler l'oxygène et d'en multiplier la quantité, et sur une surface. Or, sur une surface à l'état d'inflammation, son effet ne nous paraît pas différent de ce qu'il serait sur un charbon déjà allumé.

Le charbon en sera plus promptement consumé. Ainsi feront toutes ces lésions bronchiques qui déjà d'elles-mêmes aboutissent à la *consomption*. Les Anglais, nos maîtres en l'espèce, ont bien fait de conserver aux maladies de la poitrine cette dénomination. La physiologie moderne n'a-t-elle pas établi que la respiration elle-même est une véritable combustion ? Et qui est-ce qui nous a sérieusement contredit, lorsque nous avons écrit que la phthisie procède

comme une oxydation plus ou moins lente, dont le foyer est dans la poitrine, au centre même de l'hématose? Mais ici, il ne s'agit que de la muqueuse respiratoire enflammée sur un point de son étendue, et, sur ce point, de la contre-indication qu'il y a de souffler de l'eau à l'état de division extrême que produit le souffle rapide.

Maintenant, s'il y a contre-indication de souffler un liquide médicamenteux sur une pharyngite, que dirons-nous s'il s'agit d'une angine diphthéritique ? Nous dirons qu'aucun médecin ne prendra sur lui d'en user dans ce cas, non plus que dans le croup ou toute autre maladie aiguë de ces organes.

En résumé, et jusqu'à ce qu'on ait détruit notre opinion, autant nous semblera rationnel et opportun l'emploi d'une poussière liquide qui, se formant sans air ni vent sur les lèvres entr'ouvertes du malade, est introduite dans les bronches par le fait seul de l'aspiration naturelle, autant nous paraîtra mal ordonné l'emploi d'une poussière qui contient mille fois plus d'air que de liquide et dont le jet serait lancé, par le vent comprimé, dans le gosier du sujet.

S'agit-il de l'application de cette pulvérisation liquide soufflée, sur des lésions chroniques, externes ou ophthalmiques, vers lesquelles, nous dit-on, se tourne aujourd'hui le système ; ici, nous ferons nos réserves, parce que ces affections sortent du cadre de nos études sur les maladies respiratoires. Malgré les graves raisons que l'on a produites récemment à l'Académie de médecine, dans la mémorable discussion de la méthode sous-cutanée, sur l'utilité de mettre toute plaie à l'abri de l'air, et *à fortiori* du vent, nous admettons qu'il peut exister des plaies et ulcérations de nature telle qu'elles soient convenablement traitées par des jets de poussière soufflée, faite avec un liquide médicamenteux approprié. Nous en dirons autant de certaines ophthalmies. Nous ajouterons même qu'il peut se rencontrer des cas, mais bien rares, de lésions chroniques de la muqueuse respiratoire où l'atonie et l'anémie indiqueront des jets d'oxygène; qu'on y procède avec prudence et que l'on s'arrête aux premiers signes d'exaspération, s'il y a lieu.

Je sais bien qu'on pourra nous répondre que l'expérience et les observations sont plus fortes que notre théorie et nos raisonnements. A cela j'objecterai que les systèmes les plus antipathiques à la médecine ont leurs observations favorables et nombreuses. Je respecte l'expérience, surtout quand elle est conforme aux raisons prises de la science; mais, si l'on nous vient dire que celle qu'on a tentée avec de la poussière soufflée sur une laryngite ou sur une angine aiguë a réussi à souhait, je dirai que d'autres

expériences lui sont contraires; qu'on y regarde encore, et que l'on se méfie, avant de tirer d'une observation particulière une règle générale. En définitive, la réussite nous paraîtrait plus rationnelle et plus sûre avec la poussière liquide obtenue par notre procédé.

Pour le médecin dont l'instruction a fait marcher de front l'étude des bons auteurs qui ont écrit sur la thérapeutique des maladies respiratoires avec les bonnes remarques de sa pratique, rien n'est mieux établi, selon nous, que l'opinion pathologique qui accuse l'air et l'oxygène atmosphérique d'être la cause d'entretien et d'excitation de ces maladies. Que l'on considère les conditions et les médications les mieux recommandées pour les maladies de poitrine, et on se convaincra que ce sont celles où la respiration a été plus ou moins mise à l'abri d'une atmosphère trop oxygénée. Un des mérites de la salle d'inhalation à l'eau sulfureuse poudroyée de Pierrefonds-les-Bains, c'est que la proportion ordinaire de l'oxygène dans l'atmosphère y descend, durant la séance, de 21 à 20 et à 19 1/2. Dans un pareil milieu, faire respirer de l'eau sulfureuse en nature, c'est administrer un traitement complet, je veux dire atteignant la cause première et la cause d'entretien de la maladie.

La formule de notre traitement des affections de poitrine est connue : 1° un médicament, soufre, goudron ou autre, qui s'adresse à la cause morbide primitive; 2° un milieu pour le malade, dans lequel l'atmosphère soit un peu au-dessous de sa normale oxygénée : nos salles d'inhalations thermales, les étables à vaches, les locaux à température tiède et humectée, chargées d'émanations balsamiques, etc., voilà notre traitement. Nous sommes facile pour le médicament, nous voudrions pouvoir être absolu pour le milieu atmosphérique habité par le malade.

En résumé, ayant confronté la pulvérisation soufflée devant la physique et la chimie, nous l'avons vue défectueuse, pour ne pas dire nuisible, au médicament, dont elle altère les qualités.

Confrontée devant la thérapeutique, nous avons dû la juger plus sévèrement. Mais cette sévérité ne concerne que son emploi dans les affections de la muqueuse respiratoire; on peut lui trouver de bons usages dans les lésions extérieures.

Il serait plus qu'injuste, de notre part, de laisser impliquées sans différence dans le même jugement les deux poussières produites par les deux systèmes souffleurs que nous avons décrits.

L'un, celui de M. Mathieu le fabricant, qui réalise la perfection

pulvérulente, la réalise grâce à une soufflerie qui atteint et dépasse peut-être la pression d'une atmosphère; la poussière s'étend à la distance d'un mètre; et dans cette poussière, nous l'avons dit, on peut compter qu'il y a énormément plus d'air que d'eau. Il est probable, enfin, que, lancée sur le feu, elle l'allumerait plutôt que de l'éteindre.

L'autre système souffleur, celui de M. Mathieu (de la Drôme), est de beaucoup plus mitigé. Le soufflet est tout simplement celui d'une forge ordinaire; à la vérité le canon n'a qu'une ouverture assez petite (mais fort loin du trou capillaire), par où passent l'air et l'eau, l'un omportant l'autre dans une baignoire en boîte.

M. Mathieu (de la Drôme), en homme qui a étudié la météorologie, n'a pas voulu produire de la poussière liquide d'une ténuité exagérée. Son système, qui demande de grands perfectionnements, est de produire la *bruine*, ou cette pluie la plus fine qui tombe mollement et qui est si facilement, si naturellement absorbée par les surfaces vivantes. Tout cela est bien vu et bien raisonné.

Mais obtiendra-t-on bien ce résultat par le procédé de la soufflerie? Ce que nous avons vu nous laisse dans le doute.

L'eau minérale, destinée à servir les principaux usages de cette balnéation nouvelle et économique, ne sera-t-elle pas plus ou moins altérée par ce système? Tout porte à le croire.

La thérapeutique des maladies cutanées qui utilisera ces bains se trouvera-t-elle bien de la suroxygénation qu'éprouveront les surfaces lésées soumises à ce procédé? C'est ce que les expériences en cours à l'hôpital Saint-Louis nous diront.

Sortant ici de notre cadre des maladies de poitrine, nous ne saurions être assez réservé; mais nous demeurons convaincu que, sauf l'amour-propre bien légitime d'avoir un système et un instrument pulvérisateur à lui, M. Mathieu (de la Drôme) aurait adopté le nôtre, qui divise et fragmente le liquide en poussières de toute dimension, et cela en observant toutes les précautions requises par la physique et la chimie à l'égard des eaux minérales, et en restant d'accord avec la thérapeutique dermatologique, dont une des moindres prescriptions n'est pas celle qui défend d'exposer les lésions cutanées à l'influence d'un milieu où la quantité d'oxygène serait plutôt augmentée que diminuée.

La véritable poussière bruineuse, et M. Mathieu l'aurait compris mieux que tout autre, ne sera réalisée dans toutes ses conditions scientifiques et médicales que par la pulvérisation brisée; c'est-à-dire par celle qui produit la poussière liquide sans mélange d'air ni

de vent. L'expérience et la réflexion y conduiront M. Mathieu (de la Drôme), nous en avons à la fois l'espoir et la certitude.

M. le professeur Trousseau, dans une de ses leçons à l'Hôtel-Dieu, nous a fait l'honneur de dire que la pulvérisation des liquides appliquée aux médicaments sera un fait notable de notre époque; je vous devrai, monsieur le Rédacteur, à vous et à votre journal, l'honneur de l'avoir fait connaître à tous ceux qui portent un véritable intérêt aux progrès de la thérapeutique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Luxation de l'humérus. — Tentatives infructueuses de réduction. — Emploi du chloroforme. — Accidents suivis de mort. — Le silence que nous gardons sur les cas de mort à la suite des inhalations de chloroforme qui surviennent trop souvent dans la pratique nosocomiale de nos voisins d'outre-Manche ne saurait être conservé à l'égard des faits semblables qui se produisent dans nos hôpitaux. Les précautions toujours prises par nos chirurgiens pour prévenir tout accident font que ces faits malheureux, lorsqu'ils surviennent, portent toujours un enseignement. L'observation suivante, recueillie par M. Desprès, interne de M. Manec, en est un nouvel exemple; elle montre une fois de plus que tout danger n'est pas éloigné, parce que les inhalations du chloroforme sont cessées. Nous reproduisons le fait en entier.

La fille P***, cinquante ans, domestique, entre à la salle Sainte-Rose, nº 12, le 20 novembre; elle est tombée dans un escalier; le corps a porté sur l'épaule et le côté droit. La malade, qui raconte elle-même ce qui s'est passé, ne paraît pas en état d'ivresse, et pourtant les renseignements qu'elle donne sont brefs et très-obscurs. En effet, à part une légère ecchymose à la partie moyenne du bras, nous ne trouvons sur son corps nulle trace de contusion. L'épaule paraît un peu aplatie, et le bras, qui pend légèrement, semble allongé. Le diagnostic reste douteux dans l'esprit de l'interne. L'état de la malade, du reste, ne lui parut pas exiger de traitement immédiat. Un cataplasme fut appliqué sur l'épaule.

Le lendemain, la malade est examinée avec plus de soin, et M. Manec dit que, bien que les signes de luxation soient moins prononcés qu'à l'ordinaire, la luxation n'en existe pas moins. Alors il fut fait des tentatives de réduction qui restèrent sans effet et produisirent de vives douleurs. Le chloroforme était indiqué.

La malade était couchée dans son lit, dégagée de tous liens;

le chloroforme fut administré par l'interne de service au moyen d'une compresse simple, sur laquelle le chloroforme fut versé successivement et par petites quantités. La malade, interrogée préalablement, répondit qu'elle n'avait rien mangé et qu'elle n'avait point l'habitude de boire ; l'interne l'engagea à respirer largement et sans crainte. Les premières inhalations s'exécutèrent régulièrement, et une minute ne s'était pas écoulée que la période d'agitation commença. Une seconde minute fut employée à l'évolution de cette période. La malade était congestionnée, elle poussait quelques cris, et ses muscles étaient contractés. M. Manec recommanda de redoubler d'attention. Deux jours auparavant, dans un cas d'amputation de la cuisse, il avait à ce moment fait suspendre l'anésthésie, et l'opérée dit n'avoir rien senti. Mais ici il fallait pousser le sommeil plus loin pour arriver jusqu'à la résolution musculaire. L'agitation se calma, la compression fut retirée, la malade resta quelques secondes, faisant des efforts pénibles d'inspiration, puis elle fit plusieurs respirations qui dissipèrent toute inquiétude. Bientôt, cédant peu à peu à l'influence du chloroforme, le système musculaire se détendit. La malade fut placée commodément, la tête un peu basse. A ce moment, nous entendîmes le râle laryngien habituel, tel qu'il a été observé dans quatre cas semblables traités dans le service, trois luxations de l'épaule et une de la hanche, et pour lesquels il a fallu obtenir une résolution complète du système musculaire.

L'interne, qui avait fait observer que la malade avait perdu beaucoup de dents, songea à un accident observé chez les vieillards. Il releva le menton fortement, et la respiration s'effectua assez bien. Alors, après avoir recommandé de veiller plus à la respiration qu'au pouls, tenu par un élève du service, l'interne, obéissant à M. Manec, après avoir fait tirer le bras dans la direction et suivant les préceptes conseillés en ce cas, réduisit la luxation. Un craquement léger indiqua la réussite de l'opération. M. Manec, les élèves et les assistants s'éloignèrent alors, après avoir regardé la malade, qui ne semblait rien éprouver d'inquiétant. L'élève qui tenait le pouls l'avait quitté au moment où la réduction avait été accomplie. L'interne, resté seul auprès de la malade, dont il tenait encore le bras, faisait exécuter quelques légers mouvements à l'articulation, afin de savoir s'il n'y avait pas quelque chose de particulier dans ce cas où le diagnostic avait présenté des difficultés. Tout à coup, en ramenant le bras sur la poitrine de la malade, il s'aperçut qu'elle respirait à peine. Aussitôt il plonge son doigt dans la bouche, en même temps qu'il appelle M. Manec, qui se lavait les mains au pied du lit. L'effort tenté ne produisit rien ; la respiration cessa, et la face passa rapidement d'une coloration violacée à une pâleur mortelle. M. Manec fit respirer de l'ammoniaque; la respiration artificielle fut produite, et le courant maximum d'une machine électrique de Morin, que l'on put trouver dans une salle voisine, fut appliqué sur le trajet du nerf phrénique, les attaches du diaphragme et les muscles inspirateurs.

Pendant ce temps, les fenêtres étaient ouvertes, de l'eau froide

était jetée sur le visage de la malade, sa poitrine était fortement frappée et secouée, et sa langue était toujours maintenue avec le doigt.

Un instant nous crûmes que la malade allait revenir; la respiration artificielle avait fait parvenir de l'air dans le poumon ; il y eut une expiration plus forte que les autres, mais la pâleur restait la même et le pouls ne battait plus. Enfin, après vingt minutes d'efforts inutiles, l'auscultation du cœur ne permit plus aucun doute. Tout ce qui fut encore tenté resta sans effet.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, nous apprit que le poumon droit était contus, et ainsi les lésions nous ont paru sur le cadavre mieux en rapport avec les conséquences de la chute de la malade.

Voici, du reste, ce que nous avons observé :

A la poitrine, de la sérosité dans le péricarde, avec quelques-unes de ces plaques blanches décrites per M. Bizot ; une hypertrophie concentrique du cœur, sans altération des orifices ; des adhérences de la plèvre viscérale droite avec la plèvre pariétale du même côté ; une contusion au troisième degré de la périphérie des deux lobes du poumon droit et une congestion passive de la partie centrale des deux poumons ; les vaisseaux pleins de caillots noirs diffluents.

Au crâne, un peu de suffusion séreuse sous l'arachnoïde ; les membranes sont saines ; les vaisseaux cérébraux antérieurs et leurs branches étaient remplis de sang noir fluide, ainsi que le tronc basilaire ; les sinus contenaient au contraire peu de sang.

Le cerveau paraît congestionné ; la substance grise moins que la substance blanche, surtout à la partie postérieure des hémisphères, où les vaisseaux sont dilatés ; la protubérance annulaire et le bulbe ne sont point congestionnés ; la pie-mère qui les recouvre paraissait seule plus colorée que d'ordinaire.

Le foie et la rate sont à l'état normal ; l'estomac, compris entre deux ligatures et ouvert, ne renfermait que du mucus.

Il n'est pas douteux qu'il y ait eu dans ce cas insuffisance de la respiration comme premier phénomène. La rapidité avec laquelle les choses se sont passées porte M. Manec à penser qu'il y a eu un spasme des muscles du pharynx. Ces muscles, qui tiennent une sorte de milieu entre la vie organique et la vie animale, entraînant la langue en arrière, auraient abaissé l'épiglotte, et le passage de l'air aurait été ainsi intercepté. Les deux faits suivants le prouveraient. Sur le cadavre, nous avons constaté que la langue descendait très-bas dans le pharynx ; puis, au début de la période de résolution, il a été facile de remédier au râle laryngien en élevant le menton et médiatement la base de la langue. Si donc nous nous reportons au moment de l'accident, nous verrons que la respiration a pu se suspendre insensiblement, et que, au moment où nous

avons cherché à soulever l'obstacle à la respiration, la malade allait succomber à une syncope.

Cependant, si l'on considère les lésions cérébrales, la congestion des vaisseaux de la substance blanche, la contusion du poumon, on conçoit qu'un faible trouble respiratoire ait, dans ce cas, acquis de la gravité. Sans conséquence fâcheuse pour l'individu exempt de ces complications, il a certainement dû provoquer chez notre malade une asphyxie plus rapide et une syncope qui est restée sans remède. Il faut joindre à cela une hypertrophie du cœur, cette lésion à laquelle ont été attribués, je ne dirai pas seulement des accidents du chloroforme, mais encore quelques morts subites, puis l'état général de la malade, la commotion produite par une chute récente.

S'il fallait conclure de ce fait et de plusieurs autres analogues, et tirer une déduction pratique, peut-être pourrait-on dire que le chloroforme est contre-indiqué, ou du moins qu'il exige un redoublement de précautions dans les cas où, l'organisme étant profondément ébranlé, il faut porter l'action de l'agent anesthésique jusqu'à la résolution complète du système musculaire.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Asthme *guéri par les injections narcotiques sous-cutanées sur le trajet du nerf pneumo-gastrique.* La méthode des injections narcotiques sous-cutanées, dont nous avons entretenu nos lecteurs, vient de recevoir une application qui ne manque ni de hardiesse, ni de bonheur. Il s'agit d'un cas d'asthme rebelle à tous les moyens de traitement usités jusqu'ici et dont les accès ont été heureusement combattus par des injections narcotiques dans le voisinage du trajet du nerf pneumo-gastrique, dans la région cervicale. C'est à M. le professeur Courty, de Montpellier, que l'on doit cette heureuse et hardie tentative. Voici le fait :

Une dame, âgée de cinquante-quatre ans, atteinte depuis quatre ans d'un asthme, dont les accès allaient toujours croissant d'intensité, et qu'on avait essayé vainement de soulager, par tous les moyens usités en pareil cas, alla consulter, il y a dix-huit mois, M. le professeur Courty, qui la trouva dans un de ses violents accès. Depuis plusieurs jours, ell ne pouvait ni dormir, ni manger. Elle avait beaucoup de peine à parler, étant en proie à une oppression extrême, interrompue par moments par des quintes de toux très-fatigantes, avec état vultueux et violacé des lèvres et de la face, d'ailleurs ordinairement assez pâle, produisant l'imminence de la suffocation, et suivies d'une expectoration muqueuse, qui apportait à peine un soulagement de quelques minutes. L'auscultation fit constater qu'il n'existait aucune altération organique du cœur, mais qu'il y avait un peu d'emphysème pulmonaire, notamment vers le sommet des deux poumons, et une contraction spasmodique des bronches, de la trachée et du larynx, déterminant un râle sibilant des plus intenses. Un émétique, un purgatif, des frictions sur le cou avec l'onguent napolitain belladoné, des pilules antispasmodiques composées d'opium, d'extrait de valériane et d'extrait de belladone, à parties égales, l'usage interne du chlorate de potasse et des sinapismes promenés sur divers points, finirent par produire, au bout d'une quinzaine de jours, un soulagement marqué. Mais, quelques mois après,

retour de la maladie à son plus haut degré d'intensité, résistant à un ensemble de nouveaux moyens des plus énergiques (datura, vésicatoires promenés sur la poitrine et pansés avec l'hydrochlorate de morphine, etc.). Bref, le 28 août dernier, M. Courty, appelé de nouveau pour un accès des plus intenses, prit le parti d'essayer de la narcotisation localisée. Le même jour il pratiqua une première injection de 6 gouttes de la solution de sulfate d'atropine au centième, équivalant à près de 2 milligrammes de ce sel, en dedans du sterno-cléido-mastoïdien gauche, au niveau du cartilage thyroïde, sur le trajet de la gaîne des vaisseaux et nerfs du cou, c'est-à-dire du pneumo-gastrique. Le trocart fut enfoncé de 7 à 8 millimètres seulement, de peur de léser les organes importants de la région. Quelques minutes après l'injection, vertiges, sécheresse de la bouche et de la gorge, dilatation des pupilles, fréquence du pouls, impressionnabilité très-grande à la voix et au toucher. Mais, environ deux heures après, en même temps qu'on constatait ces symptômes de narcotisation, on remarque avec plaisir que la respiration est un peu plus aisée. (Sinapismes aux pieds.)

Le lendemain, 29, pendant la nuit, il y a eu un peu d'agitation et même de délire; à deux heures du matin, une quinte de toux. Cependant la malade a pu coucher dans son lit et dormir par intervalles assez fréquents. Elle a pris, conformément aux prescriptions, une pilule de 0gr,025 d'extrait gommeux d'opium. Le matin, à onze heures, l'oppression est moins forte, plus de céphalalgie, de temps à autre quelques tournoiements de tête et des quintes de toux moins longues que précédemment. (Deuxième injection de 6 gouttes, au même niveau, du côté droit, mais à une profondeur au moins double.) Le trocart ayant fait la piqûre, la canule seule fut enfoncée peu à peu, de manière à avancer sans danger aussi près que possible du pneumo-gastrique. A onze heures trente minutes, somnolence, congestion vers la tête. A trois heures du soir, persistance d'un certain degré de stupeur; céphalalgie, bouche sèche, sensation de brûlure dans le pharynx et l'œsophage, dilatation des pupilles, pouls petit, fréquent, respiration presque normale. (Sinapismes, 0gr,10 extrait gommeux d'opium divisés en 4 pilules, à prendre de demi en demi-heure.) A neuf heures, les symptômes d'intoxication sont moindres. (Nouvelle dose d'opium.)

Le 30, la respiration, quoique plus aisée, n'est pas tout à fait aussi libre qu'elle l'était pendant l'intoxication. Symptômes d'embarras gastrique qui nécessitent la prescription d'un vomitif.

Le 1er septembre, pas de quinte de toux, expectoration facile, respiration aisée, un peu sifflante. A onze heures troisième injection de 7 gouttes, au-dessus du dernier point piqué. La canule, pénétrant à 2 centimètres, est promenée de haut en bas, de manière à disperser le liquide dans une plus grande étendue sur le trajet du nerf. A deux heures de l'après-midi, quelques symptômes d'intoxication depuis onze heures trente, mais respiration très-aisée. (Sinapismes, pilules de 0gr,25 d'extrait gommeux d'opium, de trente en trente minutes.) A sept heures du soir, la malade a recouvré ses sens depuis quatre heures, après 2 pilules d'opium; la céphalalgie a diminué progressivement, il y a encore des étourdissements et un peu de sécheresse de la bouche. A partir de ce moment, c'est-à-dire quatre jours après la première injection, l'accès d'asthme est entièrement terminé, et la malade peut être considérée comme guérie. Le 1er novembre, la guérison ne s'était point démentie.

Nous avons rapporté avec quelques détails ce fait, parce qu'il n'est pas moins digne d'attention par quelques-unes des circonstances secondaires qui s'y rattachent que par le résultat vraiment remarquable des injections narcotiques, qui en constitue l'intérêt principal. Nous voulons signaler, en effet, d'abord l'utilité qu'a eue dans ce cas l'opium comme moyen de combattre les accidents d'intoxication atropique, inséparables de l'administration de cet agent, surtout par ce procédé et aux doses où il a dû être élevé; en second lieu, les dangers inhérents à ce mode de traitement lui-même. Les sages précautions que M. Courty a prises pour prévenir le principal de ces dangers, la blessure possible du nerf pneumo-gastrique, prouvent assez elles-mêmes combien il a dû en être préoccupé, et combien il est imminent en effet. Qu'il nous suffise de rappeler, à cette occasion, ce qui est arrivé récemment à un chirurgien habile qui, ayant à enlever une petite tumeur située dans la région cervicale, tumeur trop vasculaire pour qu'il n'eût pas à craindre de

l'attaquer par le bistouri, passa une ligature autour de son pédicule. Deux jours après, le malade mourut. Le pneumo-gastrique avait été compris dans la constriction. On ne saurait trop prendre de précautions toutes les fois que l'on agit dans l'atmosphère du nerf pneumo-gastrique. Aussi, en signalant le fait de M. Courty comme une heureuse tentative, avons-nous cru devoir prévenir les praticiens qui seraient tentés de l'imiter contre les graves dangers auxquels ils peuvent se trouver exposés. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre 1859.)

Calcul urétral *chez un enfant nouveau-né; incision; guérison rapide.* L'observation et le calcul ont été adressés à l'Académie par M. Burdel, médecin en chef de l'hôpital de Vierzon. Voici le fait en quelques mots. Le corps étranger venait de la vessie, et, trop volumineux pour être expulsé, il s'était arrêté dans la partie inférieure du canal. Arrivé là, il augmenta graduellement de volume, en dilatant la partie de l'urètre où il s'était engagé. Les parents avaient remarqué que peu de temps après sa naissance l'enfant n'urinait que rarement, qu'il criait beaucoup, était inconsolable, et que parfois il restait trente et quarante heures sans être mouillé; aussi, la vessie avait pris un développement énorme et elle dépassait le niveau de l'ombilic; l'urine avait une acidité très-marquée. Lorsque l'enfant fut présenté à M. Burdel, il avait cinq mois : l'urine s'échappait goutte à goutte, et la vessie faisait fortement saillie au-dessus du pubis. Le calcul, que l'on sentait avec le doigt, formait une nodosité sur le trajet du canal. Une simple incision a suffi à ce chirurgien pour le saisir et l'extraire. Après la sortie du calcul, la plaie fut fermée à l'aide d'une serre-fine, et elle était complétement cicatrisée au quatrième jour. Ce calcul, irrégulièrement allongé et arrondi, gris-verdâtre, à surface rugueuse, mamelonnée, pèse 48 centigrammes, et se compose d'oxalate de chaux, ainsi qu'il résulte d'une analyse de M. Frémy. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, nov.)

Enfants (*Frictions quiniques chez les*). L'usage des sels quiniques en frictions est si infidèle dans ses résultats, il a si souvent fait défaut, que ce mode d'administration n'a pas tardé à être généralement abandonné, ou du moins à n'être employé qu'en désespoir de cause, dans des cas exceptionnels, où toute autre voie d'introduction était reconnue impossible. L'absence d'effets physiologiques et thérapeutiques suffisait en effet pour faire rejeter la méthode; on avait, de plus, démontré la non-absorption ou l'absorption insuffisante du remède par l'absence absolue du sel quinique dans les urines. Voici venir M. le docteur Sémanas, de Lyon, qui a cherché à réhabiliter ce mode de prescription des préparations de quinine dans un ouvrage *ad hoc*. Depuis huit ans, dit-il, il a mis ce mode de prescription en usage, et c'est par centaines qu'il compte les cas où il a eu à s'en louer. Ces cas sont relatifs à de jeunes sujets : sur 30 observations rapportées dans cet ouvrage, 2 seulement concernent des adultes. Quelques-unes des observations consignées dans cet ouvrage paraissent établir que l'absorption du sulfate de quinine par la peau est beaucoup plus active chez les enfants que chez les adultes. Toutefois elle a une limite aussi, qui oblige à employer le médicament à des doses beaucoup plus élevées que par les autres voies. Voici la formule dont se sert M. Sémanas : sur 20 grammes d'axonge 2 grammes (pommade ordinaire) ou 4 grammes (pommade forte) de sulfate de quinine dissous avec un peu d'alcool et une goutte seulement d'acide sulfurique. Il prescrit de 4 à 6 frictions d'heure en heure pour les cas de gravité moyenne, et de 8 à 10 pour les cas graves, sous chaque aisselle et aux aines, où la pommade sera maintenue, aux aines par la flexion des cuisses, aux aisselles par de petits coussinets de ouate recouverts de taffetas ciré. Toutes les vingt-quatre heures, nettoiement avec eau et alcool des régions qui ont été frictionnées. Enfin, quand le traitement doit durer longtemps, suspension des frictions pendant quarante-huit heures, tous les cinq ou six jours.

Nous croyons utile de faire connaître ces détails de prescription, qui nous paraissent de nature à mieux assurer les effets de ce mode d'administration du sulfate de quinine, mais sans être convaincu toutefois par les courts extraits de l'ouvrage de M. Sémanas, que nous avons sous les yeux, que ses observations aient détruit les objections très-fondées faites à ce mode d'administration d'une manière générale. (*Gazette médicale de Lyon*, novembre 1859.)

Hydropisie ascite, *traitée avec succès par la diète lactée.* Le *Bulletin* a, l'un des premiers, appelé l'attention des praticiens sur les effets thérapeutiques remarquables de la diète lactée dans le traitement de plusieurs affections graves, et, en particulier, de l'hydropisie ascite, et il a rapporté les plus beaux exemples de guérison par cette médication, aussi puissante qu'inoffensive. Le fait suivant, dans lequel la diète lactée est intervenue de la manière la plus heureuse, après deux ponctions et un traitement des plus énergiques resté sans effet, dans un cas d'ascite consécutive à une endocardite chronique, viendra ajouter aux faits du même genre déjà connus dans la science un témoignage de plus en faveur de cette médication. Une femme de quarante-neuf ans, ayant toujours eu une santé médiocre, fut prise, après de nombreuses attaques de rhumatisme, d'une endocardite. Depuis deux ans, elle ne pouvait ni monter un escalier, ni faire une course un peu rapide sans être aussitôt essoufflée et sans être prise de battements de cœur. Depuis trois mois, il était survenu un gonflement considérable des jambes avec un épanchement péritonéal tel que la respiration était très-incomplète; la marche était devenue à peu près impossible ou au moins très-pénible. Sa face avait un teint cachectique, elle était d'une maigreur extrême. L'abdomen était énormément distendu; la fluctuation était aisée à percevoir; les jambes étaient dans toute leur étendue le siége d'un œdème considérable, au point de faire craindre d'un instant à l'autre la rupture de la peau. Les fonctions digestives étaient bonnes d'ailleurs, la respiration nette, quoique les inspirations fussent très-courtes, les sécrétions normales, le pouls dur et très-irrégulier, peu fréquent, de 64 à 68 pulsations. Les battements du cœur étaient très-forts. On percevait à l'auscultation un bruit de souffle très-considérable au deuxième temps, ayant son maximum d'intensité à la base. — Pendant un mois, les vésicatoires sur le cœur, les drastiques, les diurétiques, et les sudorifiques furent simultanément employés avec une extrême énergie et sans aucune amélioration. Au bout de ce temps, l'anémie devenant extrême, M. Chairon, à qui nous empruntons cette relation, se décida à pratiquer la paracentèse, qui fut suivie d'un écoulement de dix litres de liquide, sans qu'à la suite de l'opération les jambes aient nullement diminué. Au bout de quelques jours, l'épanchement recommençait, et, malgré l'emploi d'une médication énergique, la malade se trouvait dans le même état au bout de trois semaines. Une seconde ponction fut faite à un mois de distance de la précédente, et donna issue à la même quantité de liquide. Ayant constaté l'inefficacité de la médication employée jusque-là, M. Chairon conseilla l'alimentation exclusivement lactée. La malade ne s'y résigna qu'à contre-cœur, n'attendant aucun bon résultat de cette tentative. Elle commença néanmoins à boire deux litres de lait froid par jour, puis trois, puis quatre, et enfin six litres. Quinze jours après l'usage de ce régime, la malade marchait pendant plusieurs heures de suite sans gêne et sans enflure des jambes. Non-seulement l'épanchement ne s'est pas reproduit, mais encore le gonflement des jambes disparut totalement, et, malgré la persistance des désordres du côté du cœur, depuis cinq mois la maladie n'a pas récidivé. (*Union méd.*, novembre 1859.)

Injections *médicamenteuses sous-cutanées, ou méthode hypodermique. Nouveaux faits à l'appui de leur emploi.* Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur la nouvelle méthode d'administration de certains médicaments actifs par les injections sous-cutanées, dite méthode hypodermique ou méthode de M. Wood, connue surtout en France depuis les communications de M. Béhier sur ce sujet. Plusieurs praticiens ont essayé, depuis, cette méthode avec des résultats qui sont en général favorables et confirmatifs de ceux qu'ont obtenus MM. Wood et Béhier. Voici le résumé d'un grand nombre d'essais faits à Montpellier par M. le professeur Courty. Ces faits sont groupés en deux séries, l'une relative à l'emploi des sels de morphine, la seconde relative à l'emploi de l'atropine.

Les observations relatives à l'emploi de la morphine sont au nombre de 11. Elles comprennent 5 névralgies sciatiques, 1 poplitée externe, 1 brachiale, 1 cubitale, 1 intercostale, 1 trifaciale et 1 frontale. Sur ces 11 faits M. Courty a obtenu 6 guérisons, 1 guérison incomplète, 2 améliorations notables, 2 résultats presque nuls. Ces névralgies étaient de nature différente et, partant, pouvaient recevoir une influence diverse de la narcotisation locale sous-cutanée. Sur

les 11 cas, 4 pouvaient passer pour des névralgies essentielles : de ces 4, 3 ont guéri, 1 a été seulement amélioré. 6 au moins pouvaient se rattacher à un rhumatisme soit local soit général : sur ces 6, il y a 3 guérisons, 1 guérison incomplète, 2 résultats presque nuls. Enfin, 1 cas était sympathique d'une autre affection; il a été simplement amélioré. — Le traitement des 11 malades a exigé 34 piqûres, une moyenne de 3 injections au moins par malade. Il ne s'est pas produit d'accident de narcotisation qui pût inspirer une véritable inquiétude, et encore moins d'accidents locaux. La douleur des piqûres a été presque nulle; aucune d'elles ne s'est enflammée ou n'est restée douloureuse.

La seconde série de faits renferme 14 cas de névralgies traitées par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine (dont 3 sciatiques, 2 brachiales, 2 cubitales, 1 intercostale, 1 dorsale, 1 lombaire, 1 occipito-mastoïdienne, 1 trifaciale et 2 frontales). On a obtenu 10 guérisons rapides et complètes, 3 améliorations notables, dont 2 passagères, 1 amélioration bornée mais soutenue. De ces 14 névralgies, 6 ont paru essentielles, 5 ont guéri rapidement, 1 n'a été qu'améliorée; 3 rhumatismales ont toutes guéri; 1 traumatique a guéri; 2 sympathiques : amélioration passagère pour l'une, notable pour l'autre; 2 symptomatiques : amélioration passagère pour toutes deux. — Le traitement de 13 malades a exigé seulement 29 injections, par conséquent une moyenne de 2,23 par malade. La quantité de médicament déposée par chaque injection a varié de 2 milligrammes pour les doses les plus faibles (6 à 8 gouttes de la solution au centième), à 1 centigramme pour les doses les plus fortes (20 gouttes de la solution au centième.) Il ne s'est produit dans ce traitement aucun accident, soit général, soit local. Les phénomènes généraux de narcotisation n'ont presque jamais exigé l'emploi des antidotes. Dans le petit nombre de cas où l'intoxication atropique a paru devoir être combattue, on a constaté que l'opium à la dose de 25 milligrammes, de demi-heure en demi-heure, hâtait positivement le retour des fonctions à l'état normal et neutralisait les effets de la belladone sur le cerveau. Relativement aux accidents locaux, il n'en a été constaté aucun, ni douleur, ni hémorrhagie, ni suppuration.

Voici en quels termes M. Courty résume les résultats généraux qu'il a obtenus par les injections sous-cutanées et les résultats comparatifs des injections de morphine et des injections d'atropine.

1° Les injections locales hypodermiques de morphine et d'atropine ont sur les névralgies une action plus puissante et plus rapide que l'administration des mêmes médicaments par l'estomac, ou que leur absorption par la surface du derme dénudé.

2° On produit toujours et immédiatement un effet favorable sur la douleur ou l'impotence musculaire qui accompagnent la névralgie, en pratiquant l'injection sur le point douloureux, ou au-dessus de lui, sur quelque partie accessible du tronc nerveux d'où émanent les branches qui sont le siége de la maladie.

3° Le nombre des guérisons obtenues par l'atropine est plus considérable que le nombre des guérisons obtenues par la morphine.

4° La nature de la maladie et la santé générale du sujet sont des sources de différences marquées dans la facilité et la promptitude de la guérison. Les névralgies essentielles, puis les névralgies rhumatismales, guérissent plus facilement que les névralgies sympathiques ou symptomatiques.

5° Lorsque la névralgie n'est pas guérie par les injections, elle éprouve du moins une modification locale immédiate, qui apporte un grand soulagement au malade.

6° La guérison de la névralgie dépend surtout de l'action primitivement et principalement locale du narcotique sur le nerf douloureux, lequel éprouve à ce contact une sorte de stupéfaction plus ou moins prolongée, souvent durable.

7° Les accidents généraux sont faciles à maîtriser lorsqu'on élève la dose du narcotique progressivement et avec prudence. (*Montpellier médical*, octobre et novembre 1859.)

Insolation *de l'œil dans le traitement de quelques affections de cet organe.* Lorsque la pupille est obstruée par des exsudats opaques ou par des fragments d'un cristallin atteint de cataracte, qui ont contracté des adhérences avec l'iris, il est souvent difficile ou impossible d'enlever ces productions à l'aide d'une opération, sans déterminer des désordres graves dans le globe oculaire, tels que des décollements de l'iris, inflamma-

tion, etc. Les moyens médicaux, de leur côté, sont presque toujours insuffisants, et c'est en vain qu'on tenterait d'obtenir par les divers résolutifs l'absorption des corps étrangers en question; mais ce mode de guérison, évidemment le plus favorable, pourrait, suivant M. Langenbeck, être obtenu assez facilement à l'aide de l'action directe des rayons solaires concentrés par un système de lentilles convergentes: c'est ce qu'il désigne sous le nom d'*insolation de l'œil*. L'instrument qu'il emploie se compose de deux lentilles fortement biconvexes, d'un diamètre équatorial de 1 pouce et demi, fixées de telle manière que leurs axes se confondent et qu'elles laissent entre elles un espace libre de 2 lignes environ. Le sommet du cône lumineux que ces lentilles recueillent doit tomber exactement sur les parties sur lesquelles on se propose d'agir, et il faut éviter que la cornée ne se trouve placée à ce foyer, parce que l'action des rayons lumineux peut produire dans cette membrane une opacité passagère. Pour opérer avec précision, on devra se garantir les yeux à l'aide de conserves bleues, qui permettent de diriger très-exactement les rayons lumineux, sans en recevoir une impression trop vive.

M. Langenbeck a soumis à ce traitement une malade chez laquelle, à la suite d'une ophthalmie intense, la pupille était, depuis plusieurs années, obstruée par un exsudat brunâtre, adhérent à l'iris, et par plusieurs fragments jaunâtres du cristallin. La cécité était complète, la malade ne distinguait pas le jour de la nuit. On commença par trois séances d'insolation, de deux minutes environ chacune et à trois ou quatre minutes d'intervalle. La malade éprouva aussitôt une impression lumineuse; puis, une demi-minute plus tard, une sensation de chaleur de plus en plus intense dans l'œil, accompagnée, au bout de deux minutes, de picotements et de larmoiement. On fit alors cesser l'insolation. La malade resta environ dix minutes, pouvant à peine distinguer la lumière de l'obscurité, et pendant tout le reste de la journée la vision resta beaucoup moins nette que dans les premiers instants de l'insolation. Mais en même temps, trois heures environ après l'expérience, on constata dans l'œil les modifications suivantes: plusieurs faisceaux de vaisseaux se rendaient de l'iris à l'une des masses qui obstruaient la pupille; ces vaisseaux, assez volumineux et vivement injectés avant l'opération, avaient disparu. L'une des masses brunâtres qui obstruaient la pupille avait pris un aspect gélatineux et s'était gonflée de manière à faire saillie dans la chambre antérieure, et à toucher la face postérieure de la cornée; le lendemain elle remplissait près de la moitié de la chambre antérieure; elle présentait diverses fissures et plusieurs fragments s'en détachaient sous forme de flocons. Elle fut complétement résorbée dans l'espace de quelques jours, sans que l'œil eût été le siége de la plus légère irritation. On associa l'usage de l'atropine en instillations à l'insolation, qui fut répétée à deux reprises, et chaque fois avec un résultat aussi avantageux que la première fois. Après la troisième séance, la malade, qui depuis plusieurs années ne distinguait pas l'ombre d'une masse qui passait devant ses yeux, fut en état de distinguer une pièce d'argent d'une monnaie en cuivre. (*Archives générales de médecine*, octobre 1859.)

Otorrhée *chez les enfants*. L'otorrhée est principalement l'apanage de l'enfance. Cette affection est ordinairement accompagnée, chez les enfants, d'engorgements glandulaires et d'une grande débilité corporelle. Les causes les plus fréquentes sont la fièvre scarlatine ou un refroidissement. Souvent l'affection paraît sans cause appréciable; les enfants se plaignent d'une légère irritation, qu'ils cherchent à combattre par l'introduction du doigt dans l'oreille. L'irritation disparaît dès que se montre l'écoulement de mucosité. Quelquefois cet écoulement a lieu sans prodromes.

Dans les cas légers, l'ouïe n'est que légèrement altérée, lors même que l'inflammation et le gonflement qui l'accompagnent s'étendent à la surface extérieure de la membrane du tympan; mais lorsque l'affection a persisté pendant un certain temps, que la membrane elle-même participe à l'inflammation, l'ouïe est fortement affaiblie et même complétement abolie quelquefois. Si l'on examine le conduit, on remarque que la membrane muqueuse est épaissie, quelquefois au point d'oblitérer le conduit. Dans certains cas, la muqueuse est rouge et dépourvue d'épithélium; dans d'autres elle est blanche et couverte de cellules épithéliales mal élaborées. La sécrétion est ordinairement très-fétide et de couleur variable, tantôt d'un aspect

lacté, tantôt d'une coloration sombre et sale. Lorsque, en même temps que l'inflammation chronique du canal auriculaire, il existe un polype, il se fait un écoulement sanguinolent par l'oreille et la sécrétion est floconneuse. Si l'inflammation catarrhale existe au tissu muqueux du tympan, celui-ci paraît, comme la membrane muqueuse du conduit, épaissi et injecté.

Dans le traitement de l'otorrhée catarrhale, il est de la plus grande importance d'enlever le produit de la sécrétion et de tenir le conduit très-propre; ce que l'on obtient en faisant fréquemment des injections avec de l'eau tiède. Si la sensibilité de l'organe ou le gonflement de la muqueuse empêche l'introduction de la seringue, il faut appliquer une ou deux sangsues à la partie externe et inférieure du conduit, puis faire des fomentations chaudes ou appliquer un cataplasme émollient, ou bien encore diriger vers l'oreille de la vapeur d'eau chaude. Après que toute sensibilité a disparu et que le conduit est redevenu libre de tout produit de sécrétion, on fait des injections d'un liquide légèrement astringent. Ces moyens unis à l'emploi d'agents généraux tendant à modifier l'organisme, tels que des toniques, suffisent, dans les cas les plus fréquents, pour guérir cette affection. Dans les cas rebelles, il faut recourir à l'usage des topiques irritants vers la région mastoïdienne et persévérer dans l'emploi de ces agents; on aura recours à cet effet, par exemple, au croton-tiglium. En même temps on fera des injections d'une solution très-concentrée de nitrate d'argent. Cette injection sera répétée tous les trois jours. (*Pacif. med. and. surg. Journ.*, et *Presse méd. belge*, octobre 1859.)

Rhus radicans, *employé avec succès dans un cas d'incontinence nocturne d'urine.* En signalant cette application du sumac vénéneux, notre but est plutôt de fournir un document de plus à l'histoire médicale de cette substance, que de signaler un nouveau moyen de traitement de cette tenace infirmité.

Une jeune fille de douze ans, atteinte d'incontinence nocturne d'urine, présentait un état d'atonie général et une sorte d'éréthisme nerveux, accusé par des palpitations. M. Descôtes eut l'idée d'expérimenter le *rhus radicans* qui a été recommandé contre la scrofule et la paralysie par débilité générale. Après huit jours de l'usage de ce médicament, pris sous forme pilulaire, à la dose de 5 centigrammes par jour, l'incontinence d'urine cessa; mais des vertiges ayant fait suspendre l'usage du remède, elle ne tarda pas à reparaître; le même moyen, repris, finit par triompher de l'incontinence.

Sous l'action de cet agent, dont l'emploi a été plusieurs fois suspendu pour éviter les vertiges et les effets de l'accoutumance, l'infirmité, qui avait résisté aux amers et aux ferrugineux longtemps continués, a fini par ne plus reparaître. La dose d'extrait de *rhus radicans*, absorbé pendant toute la durée du traitement, a été de 2 grammes. L'auteur ajoute, avec Béra, que la poudre de feuilles desséchées pourrait être aussi efficace, et que la teinture en frictions sur la colonne vertébrale serait également utile. (*Compte rendu de la Société médicale de Chambéry*, 1859.)

Tétanos (*Troisième cas de*) *traité sans succès par le curare.* En En exposant dans le Bulletin des hôpitaux du dernier numéro le cas de tétanos traité sans succès par le curare, communiqué à la Société de chirurgie par M. Follin, nous terminions en faisant remarquer combien de motifs d'incertitude règnent encore, quant à l'administration du curare comme traitement du tétanos. « Aussi, ajoutions-nous, ne tardera-t-on pas, nous en sommes convaincu, à abandonner ces essais pour revenir aux médications anciennes. » A peine avions-nous formulé cette opinion, qu'un nouveau cas d'insuccès, constaté par un observateur dont personne ne contestera la compétence, M. le docteur Gintrac fils, de Bordeaux, venait lui donner un nouveau poids et nous raffermir de plus en plus dans cette conviction, qu'on devra revenir aux médications anciennes qui ne sont pas aussi dépourvues d'efficacité qu'on semble le croire. Voici la relation succincte de ce nouveau fait que nous adresse l'auteur.

Un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution robuste, s'était fait, le 4 octobre dernier, une plaie au pied droit. Au bout de trois jours la plaie était complétement cicatrisée. Treize jours après, le 17, ce jeune homme éprouve une céphalalgie intense, des douleurs vagues dans les membres, un sentiment de roideur vers la nuque et des élancements dans les régions temporo-maxillaires. Le 18, les jambes

sont alternativement le siége de crampes et de secousses convulsives; les muscles des gouttières vertébrales deviennent à leur tour le siége de tiraillements, ainsi que ceux de la face. Transporté, le 19, à l'hôpital Saint-André, le malade présente l'état suivant : rigidité musculaire générale, corps allongé, droit et immobile, tête renversée en arrière, face colorée, pupilles un peu resserrées, douleur au niveau des tempes et des joues, contraction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire, opitsthotonos, ventre rétracté; les muscles de la poitrine sont le siége de secousses convulsives, qui déterminent un certain degré de suffocation; pouls à 100. (Bain, 20 sangsues le long du rachis; extrait thébaïque, 20 centigrammes en 5 pilules, chloroforme en inhalation, 2 vésicatoires sur l'épigastre avec le marteau Mayor.)

Le 20, point d'amélioration; la roideur des muscles du cou est plus grande, ainsi que l'opisthotonos. (Julep contenant 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées de deux en deux heures; solution de curare dans de l'eau distillée à 2 décigrammes par gramme, chaque goutte de liquide contenant 1 centigramme de curare. A l'aide de la seringue Pravaz, on introduit dans le tissu cellulaire souscutané du tronc, des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la face, une goutte de cette solution, à neuf heures et demie du matin, à dix heures et demie, à onze heures et demie, à midi et demi, à deux heures et demie, à quatre heures et demie, à six heures et demie, à neuf heures el demie du soir; en tout 8 centigrammes de curare injectés dans cette journée.) — Le soir, aucune rémission ne s'est manifestée.

Le 21, persistance du même état, plus de l'insomnie, de l'agitation et des cris aigus et plaintifs. (Même julep au curare, injection de 1 centigramme de curare à six heures, à huit heures, à neuf heures, à dix heures, à onze heures et demie du matin, à une heure et demie, à deux heures et demie, à trois heures et demie, à cinq heures, à six heures, à neuf heures et à onze heures du soir, c'est-à-dire 12 centigrammes de curare en tout.) — Aucune amélioration.

Le 22, la contraction spasmodique tend à envahir le système musculaire tout entier. (Dans le courant de la journée, injection de 18 centigrammes de curare.)

Le 23, insomnie, douleurs atroces, cris presque continus, trismus et opisthotonos plus prononcés.

Voyant que le curare ne produisait aucun effet sensible, sous le double rapport physiologique et thérapeutique, M. Gintrac l'expérimenta sur des animaux. 10 centigrammes injectés sous la peau de la cuisse d'un lapin déterminèrent la mort au bout de cinq minutes; chez un deuxième lapin, 5 centigrammes ne produisirent la mort qu'après un quart d'heure; chez un troisième, la même dose ne produisit aucun effet. Doutant de l'activité du curare, M. Gintrac en fait venir de la pharmacie de MM. Mialhe et Grassi, à Paris. Ce curare, expérimenté chez des lapins, est toxique en quatre minutes, à la dose de 5 centigrammes.

Le 25, une injection est pratiquée avec le nouveau curare, à la dose de 15 centigrammes.

Le 26, les symptômes deviennent de plus en plus alarmants, la roideur tétanique envahit les membres supérieurs, trismus presque complet, respiration stertoreuse, contractions convulsives des muscles respirateurs. (Injection de 20 centigrammes de curare.)

Le 27, mort. — Que si nos confrères pensent, comme nous, que les insuccès du curare sont assez multipliés maintenant pour les engager à revenir aux anciennes médications, nous leur rappellerons que ce n'est qu'à la condition d'élever les narcotiques à de hautes doses qu'on peut en espérer quelques succès, ces sortes de malades opposant généralement une grande résistance à l'action de ces médicaments. L'antagonisme entre la belladone et l'opium, démontré dans ces derniers temps, les rassurera au besoin contre les accidents qu'ils pourraient avoir à redouter.

VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine a tenu sa séance solennelle de rentrée le 15 novembre devant une assistance nombreuse. La jeunesse, qui se pressait en foule sur les bancs de l'amphithéâtre, a entendu le panégyrique du regrettable professeur de pharmacie, Soubeiran, prononcé par M. Wurtz.

Singuliers jeux de la destinée ! c'était M. Soubeiran qui, cette année même,

devait prononcer le discours de rentrée. Comme, à l'époque à laquelle ce choix avait été fait, la Faculté n'avait encore perdu aucun de ses membres, le savant professeur de pharmacie avait pu saisir la trop rare occasion où le sujet est laissé au choix de l'orateur, et il avait pris pour texte de son discours : *Des avantages offerts par les sciences dites accessoires à l'étude de la médecine.* Si M. Soubeiran eût pu accomplir cette tâche, on n'eût pas vu mettre en doute, dès sa mort, l'opportunité du maintien de la chaire qu'on venait de rétablir pour lui. Il eût montré aux plus aveugles ce qu'était son enseignement, et les services que les recherches pharmacologiques rendent chaque jour à la thérapeutique. Nous rappellerons pour exemple les derniers articles qu'il a publiés dans ce journal, *sur le choix d'un sel de fer* ; *la valeur des alcaloïdes comparés à l'emploi de la plante entière*, etc. La mort en a décidé autrement, et c'est la vie même de l'orateur désigné qui a dû être offerte à la nouvelle promotion médicale, comme exemple des labeurs imposés à la profession.

M. Wurtz était un des collègues les mieux en état d'apprécier Soubeiran, et de mettre en relief les travaux et les mérites du professeur que regrette la Faculté. Il s'est acquitté de sa tâche avec un grand talent dont on semblait douter, nous ne savons pourquoi. M. Wurtz a dû complétement rassurer les plus timorés à cet égard. Par une innovation de très-bon goût, l'orateur a terminé son discours en saluant courtoisement, au nom de la Faculté, les nouveaux collègues qui siégeaient pour la première fois, MM. Longet et Regnault. Les applaudissements nombreux qui sont venus couvrir ses dernières paroles ont dû prouver à M. Wurtz que sa bonne pensée avait été comprise et approuvée.

Les lauréats de la Faculté de médecine sont : Prix de l'École pratique, grand prix (médaille d'or), M. Heurtaux ; 1[er] prix (médaille d'argent), M. Simon : 2[e] prix (médaille d'argent), M. Sirdey ; mention honorable, M. Gilbert. — Prix Monthyon (médaille d'or), M. Peter.

La chaire de pharmacie, dont l'existence avait été sérieusement menacée, est enfin conservée et prend le titre de chaire de pharmacologie. Nous citons le début du rapport de M. Dumas, regrettant que l'espace ne nous permette pas de le placer en entier sous les yeux de nos lecteurs.

« La chaire de pharmacie de l'École de médecine de Paris étant devenue vacante par la mort de son regrettable titulaire, M. Soubeiran, vous avez voulu, monsieur le ministre, qu'une Commission spéciale fût chargée d'examiner le programme du cours dont il était chargé, et de vous dire si ce programme, préparé sur votre demande par les soins de la Faculté, était l'expression la plus complète et la plus utile de l'enseignement qui doit être donné dans une chaire de pharmacie et dans une Faculté de médecine. Après un examen attentif, la Commission vient vous rendre compte du résultat de ses délibérations.

Elle répondra, en même temps, aux questions d'une nature plus générale que Votre Excellence a bien voulu lui indiquer verbalement comme étant comprises dans le cercle de ses études.

A l'unanimité, la Commission est d'avis que l'enseignement de la pharmacie proprement dite à la Faculté de médecine de Paris n'exige pas un cours entier d'un semestre. A l'unanimité également, elle est d'avis qu'il y aurait lieu d'instituer la chaire affectée à cet enseignement sous le titre de *chaire de pharmacologie*, comprenant la *matière médicale* et la *pharmacie*.

Ce cours devrait embrasser : I. L'exposé des procédés généraux de la préparation des médicaments. — II. L'étude particulière des substances médicamenteuses et des médicaments, envisagée sous le rapport de leur histoire naturelle, de leurs caractères physiques ou chimiques, de leurs formes pharmaceutiques, enfin des sophistications dont ils peuvent être l'objet. — III. L'art de formuler. — IV. L'histoire des eaux minérales naturelles et des eaux minérales artificielles. — V. L'histoire de la pharmacie, considérée chez les anciens et chez les principales nations de l'époque actuelle.

Ce programme sommaire nous a paru suffire pour faire comprendre la pensée de la Commission sans gêner en rien la liberté du professeur qui sera chargé de la traduire en leçons ; il était toutefois indispensable de le mettre sous les yeux de Votre Excellence, le mot *pharmacologie*, par lequel la Commission propose de définir la chaire, ayant reçu des interprétations diverses dans les ouvrages de médecine ou de pharmacie.

La Commission s'est appuyée, en le choisissant, sur l'emploi le plus habituel qui en ait été fait ; elle a écarté le titre de *chaire de pharmacie* par divers

motifs considérables : 1° La Faculté de médecine de Paris elle-même n'a pas entendu que la chaire dont elle a voté le maintien serait consacrée à un cours de pure pharmacie. 2° Un tel cours existe et est parfaitement à sa place à l'École de pharmacie, où, à la rigueur, peuvent l'aller suivre ceux des élèves en médecine qui voudraient diriger leurs études de ce côté. 3° A l'égard des élèves en médecine en général, il y a plus d'inconvénient que de profit à fixer leur attention sur les procédés en usage pour la préparation des médicaments, procédés toujours compliqués de détails minutieux et infinis, dont la connaissance précise est indispensable au pharmacien, mais dont le médecin n'a jamais à s'occuper.

Aussi la Commission propose-t-elle d'étudier moins dans le cours de la Faculté la préparation des médicaments, ce qui ne regarde que le pharmacien, et d'étudier davantage leurs caractères et leurs actions réciproques, ce qui intéresse au contraire beaucoup le médecin, car c'est ainsi qu'il arrive à se rendre compte des principes de l'art de formuler.

Il est à peine nécessaire d'indiquer par quels motifs la Commission fait rentrer les leçons relatives aux eaux minérales dans le cours de pharmacologie Les eaux minérales naturelles sont des médicaments qu'on pourrait appeler *simples*, selon la terminologie pharmaceutique ordinaire, c'est-à-dire donnés par la nature et n'ayant été l'objet d'aucune manipulation, de même que les eaux minérales artificielles sont des médicaments qu'on pourrait appeler *composés*, ou préparés par la main de l'homme.

Les unes sont donc du ressort de la matière médicale, les autres du ressort de la pharmacie, et elles se rattachent également, en conséquence, au cours de pharmacologie, d'après la définition que la Commission adopte de ce mot.

Mais la Commission est obligée d'exposer les motifs qui la déterminent à réunir la matière médicale elle-même à la pharmacie et à la séparer de la thérapeutique, à laquelle elle est associée dans le cours de la Faculté de Paris.

La matière médicale ou l'histoire naturelle des drogues médicamenteuses est une branche de l'enseignement de l'art de guérir qui prend plutôt sa base, son point de départ dans les collections du naturaliste et dans l'officine du pharmacien qu'au lit du malade.

C'est au lit du malade, au contraire, que la thérapeutique l'étudie.

Or, la Faculté de médecine, lorsqu'elle doit pourvoir à la nomination d'un professeur de thérapeutique, est naturellement préoccupée des besoins de ses élèves, au sujet des doses auxquelles il convient de prescrire les médicaments, de la forme qu'il faut préférer pour leur administration, des effets qu'on en peut attendre, eu égard à l'état du malade, à ses forces, aux complications que la maladie présente, aux conditions générales des temps et des lieux ellesmêmes. En conséquence, elle désigne au choix de l'autorité un clinicien étranger, en général, par ses goûts et ses habitudes, à l'étude de la matière médicale, qui se réduit entre ses mains à l'histoire des médicaments usuels.

Au contraire, elle choisira toujours pour la chaire de pharmacologie un candidat spécialement préparé par sa connaissance pratique des drogues simples, et par des études dans la double direction de la chimie et de l'histoire naturelle, à s'occuper avec intérêt et curiosité de l'histoire des médicaments simples pour elle-même, et à faire, par conséquent, un bon cours et un cours complet de matière médicale.

Remarquons, de plus, que la Commission reconnaît qu'il est impossible de faire un cours d'un semestre sur la pharmacie pure ; tandis qu'une et même deux années ne suffisent point à l'enseignement de la thérapeutique, restreint néanmoins à ses objets les plus essentiels.

Il y a donc lieu de dégrever l'enseignement de la thérapeutique et d'étendre celui de la pharmacie. La combinaison proposée rendrait donc service aux deux chaires, tout en offrant aux élèves deux enseignements plus homogènes, ce qui, pour le succès de leurs études, est toujours avantageux, les professeurs le savent bien. »

A la suite de ce remarquable rapport, le décret suivant a été rendu :

Art. 1er. La chaire de pharmacie de la Faculté de médecine prendra désormais le titre de *chaire de pharmacologie*. — Le programme de l'enseignement auquel cette chaire est affectée sera déterminé par un arrêté de notre ministre de l'instruction publique.

Art. 2. M. J. Regnault, docteur en médecine, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pharmacologie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'analyse médicale.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale, par M. Teissier, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon ([1]).

Nous ne nous sommes occupés jusqu'à présent que des élément morbides fournis par les lésions des organes solides ou liquides, composant la classe que nous avons admise sous le nom d'*éléments anatomiques*.

Il faut maintenant étudier ceux qui sont fournis par les désordres fonctionnels, et auxquels nous avons donné le nom d'*éléments physiologiques*. L'étude de ces derniers est aussi importante pour le médecin-praticien que celle dont nous faisions ressortir tout à l'heure l'utilité ; mais leur énumération est plus difficile que celle des *éléments anatomiques*. C'est que tous les désordres fonctionnels, locaux ou généraux, ne méritent pas le titre d'*éléments* au même degré. Les groupes symptomatiques, constituant par eux-mêmes une espèce d'affection, méritent le nom d'*éléments du premier degré*, les symptômes isolés ne méritent que le nom d'*éléments du deuxième degré*. Parmi les premiers, nous rangeons, avec l'école de Montpellier, la *fièvre*, la *douleur*, l'*état nerveux*, l'*ataxie*, l'*adynamie*, la *malignité*, l'*état saburral*, l'*état bilieux*.

En tête de tous ces éléments fournis par les désordres fonctionnels nous plaçons la *fièvre*, qui complique si souvent les maladies aiguës ou chroniques. Ce n'est pas ici le lieu de dire en quoi consiste la fièvre, et toutes les opinions qui ont été émises sur ce sujet ; mais nous devons insister sur l'importance du mouvement fébrile, comme élément morbide. Suivant qu'une maladie est accompagnée ou non de fièvre, elle est grave ou bénigne. Une bronchite apyrétique constitue une simple indisposition : une bronchite compliquée de fièvre est par cela même une maladie grave qui peut entraîner les plus grands dangers. — L'absence de mouvement fébrile suffit quelquefois seule pour élucider le caractère nerveux de certaines affections à forme effrayante, telles que les mouvements convulsifs, les oppressions, les coliques, etc. Au contraire, l'existence d'un mouvement fébrile continu suffit souvent, même en l'absence de tous phénomènes locaux, pour tenir le médecin en

([1]) Suite et fin. — Voir les deux livraisons précédentes, p. 385 et 433.

garde contre une affection grave. Ainsi, au commencement des fièvres typhoïdes ou des fièvres éruptives, le mouvement fébrile est souvent le seul élément morbide qui puisse guider le médecin. Dans les rougeoles et les scarlatines, quand la fièvre persiste au déclin de l'éruption, on peut craindre des complications graves. A la suite des couches, quand la fièvre persiste après le quatrième ou le cinquième jour, c'est encore un signe de mauvais augure qui indique l'imminence de quelque phlegmasie profonde de l'utérus, de ses annexes ou du péritoine, ou d'une intoxication générale de l'économie, comme dans la fièvre puerpérale proprement dite. Dans tous ces cas, et dans mille autres que je pourrais citer, la fièvre est l'élément dominant dont le médecin doit tenir compte avant tout.

Le type de cette fièvre lui-même constitue dans un bon nombre de cas une des circonstances les plus importantes. Suivant qu'il est continu ou intermittent, suivant qu'il est à marche quotidienne, tierce ou quarte, il contribue puissamment à élucider le jugement qu'on doit porter sur la nature du mal et sur les moyens de traitement qu'il réclame. Ainsi, les accès de fièvre à forme quotidienne sont presque toujours symptomatiques, comme l'a judicieusement fait observer M. Chomel, tandis que les accès de fièvre à forme tierce et quarte sont presque toujours essentiels; fait important qui conduit à ce résultat pratique: que, dans le premier cas, on peut et même on doit souvent s'abstenir des antipériodiques, c'est-à-dire des préparations de quinquina; et que, dans le second cas, il faut, au contraire, combattre d'une manière directe et énergique l'élément pyrétique et intermittent par des remèdes antipériodiques. Cette distinction est loin d'être encore suffisamment connue; car tous les jours on combat à outrance et de la manière la plus inopportune de simples exacerbations fébriles quotidiennes qui devraient être respectées; et, au contraire, il est des praticiens qui refusent obstinément de combattre les accès de fièvre intermittente sous prétexte que les réactions febriles à forme périodique sont des moyens dont se sert la nature pour la curation des maladies.

On voit par là combien il est utile d'avoir une notion exacte de l'élément fébrile; il faut donc étudier avec le plus grand soin ses caractères, sa marche, son type, ses moyens de terminaison et les indications qu'il réclame.

La *douleur* est loin d'être, comme le pensait F. Bérard, une affection souvent essentielle; elle est presque toujours, au contraire, une affection symptomatique. Il est vrai que dans un grand nombre de cas la douleur existe sans aucune lésion appréciable des organes

solides ; mais presque toujours, dans ces cas, il existe une modification pathologique du sang ou un état diathésique. Ainsi, les névralgies sont très-souvent liées à l'état chlorotique ; les douleurs musculaires, à l'état rhumatismal. Il n'est pas étonnant que F. Bérard, qui ignorait les altérations de composition du sang, ait fait de la douleur un élément souvent essentiel ; mais aujourd'hui cette opinion n'est pas admissible. Elle serait tout à fait contraire aux notions que nous possédons sur l'hématologie. Néanmoins, la douleur me paraît toujours devoir être rangée parmi les éléments morbides, parce que c'est un symptôme capital qui domine souvent la scène pathologique. C'est ce qui arrive, par exemple, dans toutes les névralgies violentes, le lumbago, la pleurodynie, les coliques néphrétiques et hépatiques.

Toutes les fois qu'une douleur est très-prononcée, elle devient évidemment une raison impérieuse d'indication thérapeutique. Cependant, c'est une erreur de penser qu'on doive toujours combattre la douleur : quelquefois celle-ci doit être respectée, surtout quand elle occupe des parties éloignées du centre, comme dans la goutte et le rhumatisme. Ce fait, qui n'est pas suffisamment connu des praticiens, a cependant une haute importance, et l'observation en démontre souvent la justesse.

Dans l'*état nerveux* nous faisons rentrer le *spasme* et l'*éréthisme nerveux* dont Bérard a fait, à tort, deux éléments distincts. Nous dirons encore de ces états ce que nous venons de dire de la douleur : l'état d'excitabilité nerveuse, quelle que soit la forme sous laquelle il se présente, spasmes, convulsions, impressionnabilité extrême, agitation, est presque toujours symptomatique d'une souffrance de quelque organe important, comme l'estomac, l'utérus, le cœur, le foie, ou d'une altération du sang ; rarement il est essentiel. Cependant il mérite d'être rangé au nombre des éléments ; car souvent il joue un rôle important dans les maladies, éclaire le médecin sur le jugement qu'il doit porter, le dirige dans la recherche des moyens thérapeutiques qu'il doit employer.

Aux désordres fonctionnels du système nerveux se rattachent encore trois états morbides qui sont constitués chacun par un groupe symptomatique important, qui peuvent être considérés comme des affections indépendantes, et qui viennent souvent compliquer la plupart des maladies aiguës, et surtout les fièvres dites muqueuses, typhoïdes, éruptives, etc. Ces états sont : l'*ataxie*, l'*adynamie* et la *malignité*. L'*ataxie*, qui est caractérisée principalement par l'irrégularité de la marche des phénomènes morbides, par une mobilité

extrême et convulsive, l'affaiblissement et l'exaltation successifs de la force musculaire, les soubresauts tendineux, l'insomnie ou un sommeil agité, la somnolence, la stupeur, le délire, etc , mérite, à juste titre, d'être maintenue dans la classe des principaux éléments morbides. Quelle que soit la maladie qu'elle vient compliquer, l'ataxie domine la scène morbide; elle devient la source des principales indications pratiques. En cela, nous sommes tout à fait d'accord avec F. Bérard et l'école de Montpellier tout entière; et au lit du malade tous les praticiens partagent cette manière de voir. Cependant, tout en accordant à cet état l'importance qu'il mérite, nous pensons qu'il constitue une affection bien plus souvent symptomatique qu'essentielle. L'ataxie n'existe presque jamais seule par elle-même : aussi rejetons-nous la fièvre ataxique de Pinel. Elle est ordinairement la conséquence d'une altération du sang, comme dans la fièvre typhoïde, d'une maladie cérébrale, d'une pneumonie, d'un rhumatisme articulaire, d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une petite vérole. Mais, néanmoins, on ne peut pas la confondre avec un simple symptôme, comme le délire, par exemple.

J'en dirai autant de l'*adynamie*, qui constitue aussi un groupe symptomatique parfaitement dessiné et dont les principaux caractères sont : une extrême faiblesse musculaire, la prostration des forces, un pouls petit, fréquent, le visage morne, la fixité des yeux, la lenteur des réponses, le tremblement de la langue, l'assoupissement avec délire tranquille, la difficulté de la déglutition, l'immobilité du corps, le refroidissement des extrémités. Cet état n'existe jamais d'une manière essentielle : il est toujours la conséquence, non pas, comme le pensait Broussais d'une manière si erronée, d'une inflammation de quelque viscère, mais bien d'une altération grave dans la composition du sang; il n'en constitue pas moins un groupe symptomatique formant une espèce d'affection à part, à laquelle on n'a pas le droit de donner le nom de *fièvre adynamique*, comme le fait Pinel, mais qui, comme l'ataxie, avec laquelle elle se combine assez souvent, domine, quand elle existe, toute la scène morbide, et jette une vraie, mais triste lumière, sur le pronostic des maladies et sur les moyens de traitement qu'il convient de leur opposer.

Plaçons encore ici, à côté de l'ataxie et de l'adynamie, la *malignité*, qu'il ne faut pas confondre avec ces derniers états, bien qu'elle puisse avoir avec eux certains traits de ressemblance.

La malignité est un état généralement caractérisé par des symptômes bénins en apparence, dangereux en réalité, en discordance

dans leur simultanéité et dans leur succession, et conduisant le plus souvent et d'une manière rapide à la mort, sans qu'il y ait aucun rapport entre les lésions appréciables et les symptômes.

Cet état, qui a été rayé du cadre nosologique par Pinel, et depuis par tous les médecins de l'école organicienne, doit non-seulement être conservé dans le langage médical, mais encore être maintenu dans la classe des éléments morbides. Il peut se combiner avec la plupart des maladies, mais il entraîne toujours l'idée d'une complication septique qui exige l'emploi de moyens spéciaux énergiques, administrés de bonne heure et avec opportunité.

Aux désordres fonctionnels fournis par les organes de la digestion nous rattacherons aussi, à l'exemple de F. Bérard, *l'état saburral* et *l'état bilieux*.

L'état saburral répond à l'embarras gastrique de Pinel. C'est vraiment une affection simple qui peut se combiner avec toutes les maladies.

Ses caractères principaux, qui sont la perte de l'appétit, l'amertume de la bouche, l'enduit blanc-jaunâtre de la langue, les nausées, la sensibilité de l'épigastre, la céphalalgie, ne permettent pas de la confondre avec la dyspepsie, la gastralgie ou la gastrite.

Toutes les fois qu'il existe, il importe de le reconnaître, parce qu'il commande un traitement spécial, d'une utilité incontestable, l'emploi des évacuants.

L'état bilieux n'est peut-être pas un état morbide aussi indépendant que l'état saburral. Il est très-vrai que le groupe symptomatique auquel on a donné ce nom n'est souvent que l'expression d'une irritation de l'estomac, du duodénum ou du foie, et par conséquent une forme de maladie plutôt qu'une maladie elle-même. C'est ainsi que la fièvre dite bilieuse par Pinel n'est souvent qu'une des formes de la fièvre typhoïde. Cependant, on est en droit de conserver l'état bilieux parmi les éléments morbides, parce qu'il peut se combiner avec des maladies bien différentes, par exemple avec la pneumonie, le rhumatisme articulaire, les fièvres éruptives, l'entérite folliculeuse, et que toutes les fois qu'il se présente avec ses caractères pathognomoniques qui sont : la couleur verdâtre des conjonctives, un cercle jaune autour des ailes du nez et des lèvres, un enduit épais et jaune-vert sur la langue, un afflux abondant, dans la bouche, d'une salive amère, des vomissements de matières poracées, une soif ardente, le désir des boissons acides, une inappétence complète, une peau aride et âcre, un sentiment de douleur à la région de l'estomac et du foie, cet état bi-

lieux devient pour le médecin une source d'indications pratiques formelles et des plus utiles.

Les états morbides que nous venons de décrire, à l'exemple de nos devanciers, sous les noms de *fièvre*, *douleur*, *état nerveux*, *embarras gastrique*, *état bilieux*, *ataxie*, *adynamie*, *malignité*, doivent être considérés comme les éléments du premier ordre; mais ils ne suffisent pas toujours pour faire une analyse complète. A côté de ces éléments, il y en a d'autres, moins importants sans doute, mais dont il faut tenir compte, aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement des maladies. Ces éléments de deuxième ordre, qu'on peut appeler, avec M. Forget, *accessoires*, sont constitués, non plus par des groupes symptomatiques composant en quelque sorte une maladie indépendante, mais par un symptôme dominant.

Evidemment, comme je l'ai dit plus haut, il importe de ne pas confondre le symptôme avec l'élément proprement dit : ce dernier a plus d'importance que le premier. Mais une analyse clinique, fondée seulement sur la recherche des états morbides auxquels l'école de Montpellier réserve le nom d'*élément*, ne pourrait permettre, dans bon nombre de cas, de porter un jugement exact sur la nature d'une maladie et sur la conduite à tenir pour la combattre.

Il y a des symptômes qui, par eux-mêmes, ont tant de gravité, comme le délire, la paralysie, la toux, le vomissement, la diarrhée, etc., qu'il est impossible, dans une analyse pratique, de ne pas leur assigner une valeur toute particulière; aussi, pour faire une bonne analyse clinique, importe-t-il d'examiner successivement toutes les grandes fonctions de l'économie : fonctions de sensibilité et de contractilité, fonctions intellectuelles, respiration, digestion, nutrition, caloricité, etc. C'est cette analyse à laquelle M. le professeur Bonnet (de Lyon) attachait tant d'importance, sur laquelle il a fait, dans ses cours, de nombreuses et fécondes leçons, et sur laquelle il préparait un grand ouvrage auquel il n'a pu mettre la dernière main.

Dans les maladies des centres nerveux, il ne suffit pas de savoir si un malade a ou n'a pas la fièvre; s'il est affecté ou non d'éréthisme nerveux, de pléthore, de faiblesse, d'état ataxique, adynamique, ou d'une diathèse herpétique, scrofuleuse, rhumatismale ou autre : il importe de connaître l'état des facultés de l'entendement, de savoir si la sensibilité et la contractilité générales sont diminuées ou augmentées, et s'il y a altération dans les fonctions des organes des sens. Le délire est souvent à lui seul un élément principal de diagnostic, dans l'aliénation mentale, par exemple; la paralysie

constitue souvent aussi un symptôme de grande valeur, soit pour connaître les lésions du cerveau et de la moelle épinière, les affections hystériques, saturnines, rhumatismales, soit pour déterminer les moyens de traitement qui leur conviennent. Les troubles fonctionnels fournis par les organes des sens ne sauraient être non plus omis dans une bonne analyse des éléments morbides.

Dans les maladies de ces derniers organes, les troubles fonctionnels jouent évidemment le premier rôle, ceux de la vision pour l'œil, ceux de l'audition pour l'oreille, etc.

S'agit-il des maladies des organes de la circulation ou de la respiration, il est encore évident que l'analyse des éléments morbides, telle qu'elle a été instituée par F. Bérard, ne saurait suffire pour arriver à un diagnostic complet et pour déduire les meilleures indications pratiques.

Quand un sujet a une maladie du cœur, sans doute il importe beaucoup de savoir s'il a de la fièvre, de la pléthore ou de la faiblesse, s'il a quelque manifestation rhumatismale ou goutteuse; mais il est aussi utile de savoir comment s'accomplit la circulation : si le pouls est régulier, large, plein, dur ou petit et misérable; s'il y a des palpitations, de la dyspnée, si la circulation veineuse est gênée; s'il y a de l'œdème, etc. S'agit-il d'une maladie des organes respiratoires, il est nécessaire de tenir compte de la manière dont s'accomplissent l'inspiration et l'expiration; de la quantité d'air qui entre dans la poitrine et de celle qui en sort dans un temps donné; du mode de dilatation de la poitrine, de la nature de l'expectoration.

Les mêmes considérations s'appliquent encore avec autant de justesse aux maladies des organes digestifs et des voies urinaires.

Ici encore les éléments morbides de l'école de Montpellier, malgré toute leur importance, ne sauraient suffire.

Pour les organes de la digestion, une foule de modifications fonctionnelles peuvent mettre sur la voie de la nature du mal : la quantité et la qualité des sécrétions muqueuses ou gazeuses, l'altération de la salive, de la bile, la nature acide, hydro-sulfurique des renvois, le vomissement et la nature des matières rejetées, la diarrhée ou la constipation et la nature des matières alvines, le gargouillement intestinal, etc., etc.

Pour les organes urinaires, l'analyse des qualités physiques ou chimiques de l'urine, la diminution ou l'augmentation de sécrétion de ce liquide, sa rétention ou son incontinence, sont évidemment les phénomènes qui tiennent le premier rang dans la recherche de la nature du mal.

Il est encore bien d'autres désordres fonctionnels que nous pourrions citer ici comme devant trouver leur place parmi les éléments utiles d'une bonne analyse clinique ; mais nous insisterons particulièrement sur ceux de la calorification et sur les troubles des fonctions de la peau.

On ne fait pas toujours assez attention aux phénomènes morbides qui se rattachent à ces fonctions ; cependant, depuis quelques années, on s'en occupe d'une manière spéciale et des travaux importants de physiologie et de pathologie ont été publiés sur ce sujet.

Chez un grand nombre de personnes, surtout parmi celles qui habitent les grandes villes, les fonctions de la peau et la caloricité languissent, et cette langueur des fonctions cutanées et calorificatrices devient une cause puissante de souffrances variées. Bien que les troubles de la calorification soient le plus souvent eux-mêmes un effet d'un mauvais fonctionnement des organes digestifs, respiratoires, circulatoires, du système nerveux, de la menstruation, etc., ils jouent cependant souvent un véritable rôle d'éléments morbides, parce qu'ils entraînent ensuite par eux-mêmes de graves conséquences, impriment des caractères particuliers aux maladies, et peuvent devenir une source d'indications utiles. Les effets produits par les eaux minérales et par l'hydrothérapie chez un grand nombre de sujets affectés de maladies chroniques, avec lésions ou sans lésions appréciables, prouvent chaque jour l'utilité des médications qui ont pour but d'exciter les fonctions de la peau, de donner plus d'énergie à la calorification, et de répartir d'une manière régulière la circulation du sang.

En décomposant ainsi ces maladies : 1° d'après la connaissance des lésions ; 2° d'après la notion des états morbides élémentaires et des principaux désordres fonctionnels, on arrive à faire une analyse vraiment complète, au point de vue purement pathologique. Mais on n'a pas encore pour cela la notion parfaite de la maladie. On n'arrivera à cette notion qu'après avoir analysé cette maladie au point de vue des causes qui ont pu la produire et de toutes les circonstances qui ont pu la favoriser. Cette analyse étiologique n'est pas moins utile que l'analyse pathologique ; elles se complètent l'une par l'autre, se prêtent un mutuel appui, et chacune d'elles prise isolément est insuffisante.

Néanmoins, malgré l'utilité de l'analyse étiologique, sur laquelle j'ai largement insisté dans d'autres circonstances, je n'en parlerai pas aujourd'hui.

J'ai voulu dans cette leçon fixer spécialement l'attention sur l'a-

nalyse des états pathologiques, et j'ai tenu à limiter mon sujet afin de le présenter, autant que possible, sous toutes ses faces et d'en rendre ainsi le tableau plus clair et plus complet.

Le but que je me suis proposé dans les considérations qui précèdent a été surtout de montrer que les maladies ne constituent pas des êtres toujours identiques, qu'elles se présentent au contraire sous des formes symptomatiques très-variées, et qu'elles se composent de lésions de tissus ou de désordres fonctionnels qu'on ne peut connaître que par une analyse sévère. J'ai voulu prouver qu'il ne saurait y avoir de traitement exclusif pour chaque maladie, que les moyens thérapeutiques, au contraire, doivent être aussi variés que les combinaisons d'états morbides peuvent l'être; qu'il ne suffit pas, par exemple, de connaître le diagnostic nominal d'une maladie, de savoir qu'on a affaire à une pneumonie, à un rhumatisme articulaire aigu, à une fièvre typhoïde, à une ascite, etc., pour pouvoir déterminer avec certitude le traitement qui convient à ces maladies; qu'une pneumonie accompagnée de fièvre inflammatoire exige d'autres moyens de traitement qu'une pneumonie accompagnée de phénomènes adynamiques; qu'une fièvre typhoïde compliquée d'état saburral ou bilieux ne saurait être guérie par les mêmes moyens que réclame cette maladie, quand elle est compliquée d'une véritable gastro-entérite, d'état ataxique ou putride; qu'une ascite exige aussi des traitements divers suivant qu'elle est essentielle, qu'elle tient à une cirrhose du foie, à un engorgement de la rate ou à une péritonite tuberculeuse; enfin, qu'il n'y a pas de pratique plus funeste que celle qui oppose toujours la même médication aux maladies, quelle que soit la combinaison des états morbides élémentaires qui les constituent.

Cet axiome, dont la justesse frappe d'autant plus qu'on avance davantage dans l'observation clinique, explique pourquoi tant de médications diverses et souvent contraires ont été préconisées contre les mêmes maladies.

Cette richesse est souvent embarrassante et rend l'exercice de l'art bien difficile; on éprouve souvent le plus grand embarras à faire un choix entre des moyens si opposés. Il n'y a qu'une méthode sûre pour ne pas s'égarer et pour distinguer avec certitude les moyens vraiment utiles de ceux qui ne le sont pas : c'est de faire l'application des principes d'analyse que nous venons d'exposer, de rechercher les lésions locales, les affections élémentaires qui entrent dans la combinaison des maladies, de bien étudier leurs rapports et leur degré d'importance relative.

Hippocrate a dit : *Qui ad cognoscendum sufficit medicus, ad sanandum etiam sufficit ;* et dans le même sens Baglivi : *Qui bene judicat, bene sanat.*

On n'arrive à ce résultat qu'à l'aide d'une observation patiente et sévère. Une analyse bien faite exige l'application des plus minutieuses recherches ; car il n'est aucune des méthodes d'exploration qui ne soit utile pour connaître les lésions organiques ou les désordres fonctionnels qui constituent les maladies. Observation clinique pure, percussion, auscultation, recherches physiques et chimiques, notions physiologiques, aucune de ces méthodes ne doit être négligée pour éclairer la connaissance des états morbides.

Cette méthode est celle que nous avons suivie jusqu'à ce jour et qui continuera à nous servir de règle dans notre enseignement.

De la valeur spéciale du quinium. — Indication de son emploi dans le traitement des fièvres intermittentes.

Par M. le docteur Regnauld,
médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault.

Dans les contrées maréageuses, ou celles dont le sous-sol est imperméable, l'automne ramène chaque année les fièvres intermittentes et leur triste cortége ; et c'est toujours pour le praticien l'occasion de nouvelles tentatives et de nouveaux essais. Le sulfate de quinine, en effet, antipériodique par excellence, n'atteint qu'un des éléments de la fièvre, la périodicité ; mais il est impuissant à en combattre la cause et les effets consécutifs. Après un certain temps, il est mal toléré par l'estomac, surtout lorsque, au début de la fièvre, les premières voies n'ont pas été déblayées par un éméto-cathartique, et qu'il n'a pas pour adjuvant, je dirais presque pour excipient, une alimentation analeptique, avec le vin pour boisson. Or, c'est le cas des dix-neuf vingtièmes de ceux qu'envahit la fièvre, c'est-à-dire des paysans dont la nourriture se compose exclusivement de pain de seigle grossier et de pommes de terre, avec l'eau pour boisson. Chez eux, non-seulement le sulfate de quinine ne tarde pas à n'être plus toléré, mais encore il provoque des maux d'estomac, des nausées, par suite un dégoût invincible. C'est alors que se manifestent le gonflement et la sensibilité de l'épigastre, les obstructions viscérales, et particulièrement l'engorgement de la rate que les malades, bien étrangers en cela aux doctrines de la clinique parisienne, attribuent opiniâtrément à l'action du sulfate de quinine.

Vainement pour remplacer le vin et la viande appelle-t-on en

aide l'infusion de centaurée, le vin d'absinthe, la décoction de feuilles de noyer, etc. Tous ces adjuvants retardent à peine le moment où le sulfate de quinine n'est plus supporté par l'estomac. Qui ne sait, d'ailleurs, combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'administrer ce sel aux enfants, qui sont cependant les victimes les plus nombreuses du fléau?

Quelles ressources reste-t-il donc pour arracher les malheureux paysans à la cachexie paludéenne? Le sulfate de fer et le quinium.

Je parlerai ultérieurement de l'efficacité du sulfate de fer. Je veux seulement aujourd'hui appeler l'attention de mes confrères sur le quinium, précieuse découverte sur laquelle je suis surpris de voir la presse médicale garder un silence presque absolu, lorsqu'elle retentit tous les jours des vertus équivoques de tant de succédanés du quinquina.

Le quinium produit deux effets incontestables : il est antipériodique, il est tonique et stomachique. A la dose de 1 à 3 grammes par jour, il triomphe des accès de fièvre intermittente, non pas aussi promptement, mais aussi sûrement que le sulfate de quinine; et il n'a pas, comme le sel quinique, le désavantage de produire la surdité, les bourdonnements d'oreilles, ni surtout les pincements d'estomac.

Loin de là : il est essentiellement tonique et fondant; c'est-à-dire qu'employé sous forme de vin, à la dose de 30 grammes, matin et soir, non-seulement il prévient le retour des accès fébriles, mais encore il provoque le cours de la bile et la liberté du ventre; il développe l'appétit et favorise la digestion, conditions précieuses dans le traitement d'une maladie qui a pour suite les embarras gastriques, l'inappétence, la constipation et les obstructions du foie, du mésentère et de la rate.

Ajoutons que, pour en rendre l'administration facile aux enfants, je leur prescris de préférence le médicament sous forme d'un sirop dont, grâce aux ressources de l'art pharmaceutique, la saveur agréable n'ôte rien à son efficacité; que les enfants de tout âge le prennent sans répugnance, et, comme il est dosé de telle manière que son action est aussi prompte que celle des pilules et du vin de quinium, c'est donc une bonne préparation de plus.

Est-ce à dire qu'il faille en toute circonstance substituer le quinium au sulfate de quinine et aux autres préparations de quinquina? Une pareille prétention serait à bon droit taxée d'ignorance et d'exagération. Lorsqu'il faudra agir énergiquement, comme dans une fièvre pernicieuse, ce n'est pas au quinium que je conseillerai de

s'adresser. Je suis loin aussi de méconnaître la valeur de la décoction de quinquina et de l'excellente préparation appelée vin de Séguin.

Mais je ne crains pas d'avancer que dans les fièvres endémiques et leurs suites, le quinium, à la fois fébrifuge et tonique, est administré avec une efficacité supérieure à celles de toutes les autres préparations de quinquina, et qu'on ne peut comparer qu'à celle du sulfate de fer uni aux amers.

Je ne saurais trop insister sur l'action toni-purgative du vin de quinium, qu'on ne rencontre pas dans le sirop ni dans les pilules. Peut-être est ce en elle que réside l'efficacité du vin de quinium dans la période ultime de la fièvre endémique, quand le mal a revêtu au plus haut degré le caractère de la chloro-anémie ; teint jaune-paille, bouffissure, palpitations, œdème des membres inférieurs. Alors, le vin de quinium produit d'une façon tout élective d'abondantes évacuations séreuses, analogues à celles que provoque la scille ou le colchique à hautes doses, suivies des mêmes effets sédatifs sur les désordres du cœur, mais n'entraînant pas les mêmes accidents toxiques.

Aussi, depuis que j'ai constaté cette précieuse propriété du vin de quinium, n'ai-je pas hésité, dans plusieurs cas d'hydropisie passive, à le substituer à la scille, à la digitale et aux autres vins diurétiques.

Je dois signaler, enfin, les excellents effets du quinium administré comme tonique dans la période ultime des fièvres typhoïdes, des pneumonies graves, de toutes les maladies longues, dont la convalescence est lente et précaire, accompagnée d'un train de fièvre vers le soir; dans les cas, en un mot, où il est indiqué de hâter la réparation des forces et des organes, sans secousses et sans stimulation.

C'est alors que le quinium jouit d'une supériorité incontestable sur toutes les autres préparations de quinquina Sous son influence, la fièvre disparaît promptement, l'appétit se réveille, les digestions se régularisent, et le retour du sommeil abrége la convalescence et complète la guérison.

En résumé, dans les fièvres endémiques, le sulfate de quinine coupe la fièvre, mais ne préserve pas du retour des accès dans un temps assez rapproché ; le quinium coupe la fièvre plus lentement, mais il la guérit sûrement.

Voici quelques exemples de la manière d'agir du quinium.

Obs. I. Mme A***, de Bourbon, âgée de vingt-huit ans, a la fièvre

sous différents types depuis dix-huit mois. Elle a pris une énorme quantité de sulfate de quinine en poudre et en pilules, au point que son estomac ne peut plus le tolérer, même associé à l'opium. Elle offre tous les symptômes de la cachexie paludéenne : aménorrhée, bouffissure de la face, ventre énorme, rate triplée de volume. L'estomac est tellement fatigué qu'il ne supporte pas même le sulfate de fer : ce sel provoque des coliques et une extrême répugnance. C'est dans ces conditions que je prescris le vin de quinium, dont l'apparition était récente. Aussi peu familiarisé que j'étais avec ses effets, je ne fus pas peu surpris de la manière prompte et complète dont il triompha de la fièvre de Mme A***, qui depuis deux ans n'a éprouvé aucune récidive.

Obs. II. Un homme, jeune encore, père de trois enfants, cantonnier sur la route d'Autry, est rongé par la fièvre quarte depuis un an. Le château voisin lui prodigue le sulfate de quinine, qui produit de bons effets au début, mais qui, après quelques mois, n'enraye plus la fièvre que pour huit jours. Puis surviennent le dégoût et l'intolérance. Sur mon conseil, on lui substitue le sulfate de fer avec la décoction de feuilles de noyer; mais comme ce malheureux n'a pour nourriture que le pain le plus grossier et le lait d'une chèvre, le sulfate de fer lui-même provoque des coliques et des vomituritions. 30 pilules de quinium prises en trois jours, puis une bouteille de vin, à doses décroissantes, triomphent de la fièvre et de la dyspepsie. La guérison se soutient encore aujourd'hui malgré l'influence de l'automne.

Obs. III. M. R***, âgé de trente-deux ans, propriétaire-cultivateur à Ygrande, a eu les étés précédents quelques accès de fièvre qui ont cédé à l'usage du sulfate de quinine. Au mois d'août 1859, il est repris de cette même fièvre tierce; mais cette fois le sulfate de quinine ne produit plus l'effet accoutumé. Il cause de vives douleurs d'estomac, et par suite une répugnance invincible. La fièvre augmente d'intensité. Il s'ensuit un dégoût extrême pour les aliments, une grande faiblesse et une tristesse profonde, à la pensée qu'il succombera à la fièvre, puisqu'il ne peut prendre ni supporter le seul remède qui la guérisse.

Je prescris 30 grammes de vin de quinium à prendre trois fois par jour. Les premières doses provoquent une vive chaleur à l'estomac, suivie de vomissements bilieux. Les doses suivantes amènent au contraire des évacuations alvines abondantes, pendant quatre ou cinq jours. Ces effets une fois produits, la fièvre disparaît; le ma-

lade retrouve appétit, sommeil et gaieté, et n'use alors de son vin qu'à doses décroissantes.

Vingt jours après, il me prie de lui prescrire une autre bouteille de vin de quinium. Il s'était senti, dit-il, parfaitement guéri ; mais ayant été mouillé par une pluie d'orage, la fièvre avait reparu. Il avait la conviction qu'une deuxième bouteille le guérirait radicalement. Ainsi en a-t-il été sans doute, car je ne l'ai plus revu.

Obs. IV. La femme P***, âgée de vingt-six ans, est rongée depuis cinq ans par la fièvre. Malgré sa jeunesse, elle a l'aspect de la décrépitude : peau terreuse, yeux éteints, jambes œdématisées et ventre si volumineux, qu'on la croirait près d'accoucher; on sent à travers les parois la rate hypertrophiée, descendant jusque dans le bassin. Depuis son mariage, qui remonte à six ans, elle est venue habiter une maison assez bien située, en apparence, à mi-côte d'une colline, mais qui domine la queue de l'étang de Meillers. Or, cet étang, qui alimente un moulin, est à sec pendant l'été, dans la moitié de son étendue.

De prime abord, je déclarai qu'il n'y avait rien à espérer pour la malade, tant qu'elle ne changerait pas d'habitation. Mais ma prescription n'est pas facile à exécuter, parce que la maison appartient aux époux P***, qu'on ne peut la vendre dans un bref délai; et que, d'ailleurs, les changements de domicile, à la campagne, ne se font qu'au mois de novembre; or, nous n'étions qu'au mois d'avril.

Donc, vu l'urgence, je prescris le vin de quinium : Trois doses de 30 grammes, trois fois par jour, et, la bouteille finie, l'usage du sulfate de fer. Après quinze jours, le mari vient me signaler une grande amélioration dans l'état de sa femme. La fièvre a complétement disparu ; le teint s'est éclairci, l'appétit et le sommeil sont revenus ; mais elle a une si grande frayeur de la récidive, qu'elle réclame une seconde bouteille de vin de quinium.

Je n'ai plus revu la femme P***, mais je sais que sa guérison persiste, malgré la funeste influence du voisinage de l'étang de Meillers pendant l'été si sec de cette année.

Obs. V. La femme Michel, charcutière, âgée de cinquante ans, grande, fortement constituée, quoique lymphatique et d'un énorme embonpoint, est en proie depuis deux ans à tous les troubles de la ménopause : céphalalgie, palpitations, dyspepsie complète, insomnie, fièvre continue avec exacerbation et frisson pendant une heure vers le milieu du jour. En vain prend-elle du sulfate de quinine à

doses prolongées ; il est sans influence sur l'état fébrile, et ne fait que provoquer d'insupportables douleurs d'estomac. Au printemps de 1858, une affreuse maigreur avait remplacé l'embonpoint; les jambes s'œdématisent, l'urine devient rare, les palpitations augmentent, l'oppression est extrême, la marche et la station sont presque impossibles. C'est alors seulement que je suis consulté. Je prescris le sous-nitrate de bismuth à hautes doses, et le vin diurétique amer de la Charité.

Ce traitement, bien qu'exécuté très-inégalement, amène une amélioration sensible, qui permet à la malade de reprendre ses occupations, dans une mesure restreinte, jusqu'à l'été de 1859. Alors tous les symptômes ci-dessus décrits reparaissent avec une nouvelle intensité, et, lorsque je suis de nouveau consulté en août 1859, l'état est des plus graves.

Vin de quinium, 100 grammes par jour, en trois doses.

Quinze jours après, la malade vient me remercier elle-même avec effusion, elle est guérie : plus de fièvre, plus d'oppressions, plus d'infiltrations. Pendant huit jours, chaque dose de vin de quinium a provoqué des vomissements bilieux, puis des déjections alvines très-liquides.

« Malgré la fatigue produite par ces évacuations, me dit la femme Michel, je sentais mes forces et mon appétit revenir, ce qui me donnait le courage de persévérer. Aujourd'hui, je mange, je dors, je suis guérie.

« Mais quel remède énergique vous m'avez donné là ! »

Il me paraît superflu de citer des observations individuelles, concernant l'efficacité du sirop de quinium dans les fièvres des enfants en bas âge. Elles abondent et se ressemblent toutes. Il en est de la fièvre chez les enfants comme de l'angine gangréneuse qui sévit depuis un an. Ceux-ci succombent faute de vouloir se prêter aux cautérisations ; ceux-là, pour se refuser à l'ingestion de toute préparation spécifique.

Quand le quinium de A. Labarraque ne nous aurait rendu d'autre service que de nous fournir un moyen facile de guérir et de préserver des fièvres miasmatiques la multitude d'enfants qui en sont victimes chaque année, cela seul lui acquerrait des droits incontestables à la reconnaissance des médecins de campagne, et nous autoriserait à le proclamer une des plus précieuses découvertes de la pharmacie moderne. E. Regnauld.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du prolapsus utérin et de son traitement par les pessaires.

Par M. le docteur E. Noeggerath, médecin à New-York.

Plus une maladie se montre rebelle à la thérapeutique et plus est grand le nombre des remèdes prétendus infaillibles proposés pour la guérir. Le prolapsus de l'utérus ne fait pas mentir cet axiome. Chaque année ajoute aux nombreux instruments déjà connus des instruments nouveaux, et cependant la question n'en semble pas pour cela résolue.

Les médecins peuvent se diviser en deux classes : ceux qui, dégoûtés de cette masse de moyens mécaniques aussitôt abandonnés que mis au jour, ont presque entièrement renoncé à l'application des pessaires, et ceux qui traitent les moindres déviations par des supports mécaniques. Il en est bien encore qui cherchent à éviter aux malades les pessaires en poursuivant par des moyens médicaux la métrite chronique ou l'hypertrophie pendant des mois entiers. D'autres ne seraient pas éloignés de pratiquer une opération pour guérir le prolapsus, et celle qui a été pratiquée par M. Mayer et par M. Huguier, et qui consiste à retrancher la partie saillante du col dans le cas d'hypertrophie concomitante, est peut-être l'opération qui a donné les plus beaux résultats. Toujours est-il cependant que la médecine compte bien peu de guérisons de ces prolapsus par des moyens médicaux ; et, quant à l'opération, il faut bien avouer que la science est loin d'être fixée à son égard, et que le nombre de malades est considérable, qui ne voudraient à aucun prix se soumettre à une opération pour une affection de ce genre.

Les pessaires sont donc une nécessité dans un très-grand nombre de cas de prolapsus utérin, et sans vouloir en généraliser l'emploi à tous les cas sans exception, tout en admettant que dans certains cas un traitement préparatoire peut être nécessaire, tout en reconnaissant la nécessité d'approprier ces pessaires aux circonstances des cas particuliers, force est de confesser qu'il est impossible de s'en passer, et que c'est encore le seul moyen de rendre supportable l'existence de beaucoup de malades affectées de prolapsus utérin.

Les formes différentes sous lesquelles le prolapsus peut se présenter sont les suivantes :

1° Une des parois du vagin peut être en prolapsus sans participation de la matrice, et de deux choses l'une : ou bien, c'est la paroi

antérieure du vagin ; ou bien c'est la paroi postérieure qui est en prolapsus. C'est ce qu'on désigne sous le nom de *cystocèle* et de *rectocèle vaginale*.

2° L'une des parois du vagin ou toutes les deux sont en prolapsus, avec prolapsus particl de l'utérus ; et, ou bien c'est la paroi antérieure ; ou bien c'est la paroi postérieure ; ou bien encore ce sont les deux parois du vagin dont le prolapsus coïncide avec celui de l'utérus. — Les prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de l'utérus sont souvent compliqués de rétroversions ou de flexions de l'utérus. Le corps de l'utérus est généralement incliné en arrière, comprimant le rectum et les parties renfermées dans la concavité du sacrum ; par suite constipation très-rebelle.

3° Prolapsus des deux parois du vagin et prolapsus complet de l'utérus. Cette variété est celle qu'on observe le plus communément, parce que les femmes affectées de cette maladie ne viennent réclamer des soins que longtemps, quelquefois vingt et quarante ans après le début.

4° Prolapsus de l'utérus. Très-rare. La portion inférieure de la matrice, généralement hypertrophiée à un haut degré, fait saillie entre les grandes lèvres, à la manière d'un cône étroit, qui peut atteindre quelquefois une longueur de 3 ou 4 pouces. Comme la partie inférieure est arrondie et terminée par un orifice, elle ressemble au pénis de l'homme.

Dans la plupart des cas de prolapsus, la membrane muqueuse est le siége d'ulcérations plus ou moins profondes, les unes pur et simple résultat des irritations mécaniques, les autres liées à la métrite chronique. D'autres complications se trouvent encore associées au prolapsus : la rétroflexion, la rétroversion et l'antéflexion. Tout prolapsus complet est d'ailleurs suivi d'une hypertrophie de l'organe, qui, dans le plus grand nombre des cas, porte sur l'axe longitudinal, en même temps que la matrice a considérablement augmenté d'épaisseur. Dans ces cas, un stylet peut être porté dans la cavité utérine jusqu'à une profondeur de cinq à sept pouces. Dans d'autres cas, c'est la portion cervicale seule, ou l'une des lèvres du col, qui est hypertrophiée. Le déplacement de la vessie s'accompagne toujours de végétations fongueuses souvent très-longues, qui couvrent l'orifice de l'urètre. La hernie du rectum et la chute de l'anus sont des accidents assez rares, tandis que la rupture du périnée est au contraire assez commune.

Toutes ces complications doivent avoir été écartées autant que possible, avant de songer à l'application d'un pessaire. La métrite

chronique, l'hypérhémie, la sensibilité exagérée des parties doivent être combattues par des sangsues, des scarifications, des calmants, des résolutifs, etc. Les ulcérations doivent être cicatrisées, quoi qu'on en dise, avant qu'on puisse réduire la matrice, et, soit dit en passant, les ulcérations des parois vaginales sont quelquefois des plus rebelles et nécessitent des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, l'acide pyroligneux et même des scarifications. Il ne faut pas perdre de vue que toutes les ulcérations qui sont en contact avec le pessaire ne manqueront pas de s'étendre et ne tarderont pas à rendre l'instrument impossible. C'est seulement dans ces cas exceptionnels où les ulcérations résistent aux traitements les plus rationnels que l'on peut passer outre et introduire un pessaire, après avoir préalablement couvert l'ulcération avec un linge sec et fin.

Les difficultés sont bien autrement grandes dans les cas où le prolapsus est compliqué à la fois d'hypertrophie et de flexion de l'utérus; car en très-peu de temps le fond de l'organe devient douloureux et des ulcérations se montrent sur différents points. Il n'y a alors qu'une chose à faire, c'est de placer une petite éponge derrière le col et de la réintroduire chaque jour après l'avoir nettoyée, pour habituer l'organe au contact du corps étranger; après un certain temps, les malades peuvent supporter un pessaire.

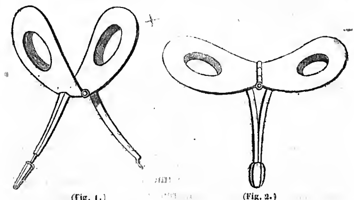
Le choix d'un pessaire n'est pas, on le comprend, une chose indifférente. Tout bon instrument de ce genre doit réunir les conditions suivantes : 1° maintenir la matrice dans la position naturelle, ou à peu de chose près; 2° n'irriter ni la matrice ni le vagin; 3° n'apporter aucun obstacle aux mouvements de tourner sur soi-même, de s'asseoir, pas plus qu'à l'excrétion des urines et des fèces; 4° être composé d'une substance qui résiste à l'influence corrosive des sécrétions fournies par les organes génitaux; 5° pouvoir être introduit, retiré et nettoyé facilement par la malade elle-même; 6° être enfin d'un prix aussi bas que possible.

Les pessaires peuvent être divisés en deux grandes espèces : 1° ceux qui supportent la matrice directement, et jusqu'à ces derniers temps c'étaient ceux-là seuls qui étaient employés; 2° ceux qui soutiennent la matrice indirectement, en élevant le vagin; ce sont ces derniers qui paraissent le mieux appropriés à la cure du prolapsus.

C'est certainement au professeur Kilian que revient l'honneur d'avoir fait construire le premier instrument d'après ces dernières données. Son *elytromochlion* ou soutien du vagin était formé d'un mince ressort d'acier de quatre pouces de long, dont les extrémités se terminaient par des boutons de bois, et le tout était revêtu

d'une couche mince de caoutchouc. Pour introduire l'instrument, les deux extrémités étaient rapprochées l'une de l'autre autant qu'il le fallait pour les introduire dans le vagin et on les portait en haut dans la direction du diamètre latéral du vagin jusque sur les portions latérales droite et gauche du vagin, tandis que la portion convexe était dirigée vers la paroi antérieure du bassin. Malheureusement cet instrument avait le grand inconvénient de ne pouvoir rester en place sans exercer sur les parties une compression douloureuse que bien peu de femmes pouvaient supporter.

Le principe était bon cependant, et sept ans après, en 1853, Zwank, de Hambourg, devait faire faire un grand pas au traitement du prolapsus, par l'invention de son *hystérophore*. Cet hystérophore se compose de deux plaques ovoïdes en métal recouvert de caoutchouc ou en bois, articulées l'une avec l'autre par l'une de leurs extrémités ; de la surface externe de la plaque au voisinage de l'articulation part de chaque côté une tige métallique de deux pouces de long que l'on rapproche et maintient rapprochées avec un écrou. Pour appliquer l'instrument, on rapproche les deux plaques autant que possible (*fig.* 1), on les introduit de telle sorte que leur portion convexe soit dirigée vers la concavité du sacrum et on les porte aussi haut que possible dans le cul-de-sac antérieur du vagin, au-devant du col de l'utérus. Il ne reste plus qu'à rapprocher les deux tiges métalliques l'une de l'autre et à les assujettir avec l'écrou (*fig.* 2).

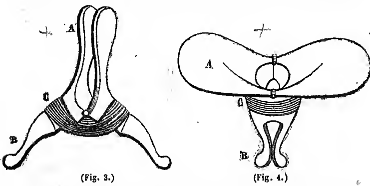


(Fig. 1.) (Fig. 2.)

Les avantages de cet instrument sont faciles à comprendre : 1° il est léger ; 2° il ne touche le vagin que dans une petite étendue, sans être en contact avec la matrice, ce qui prévient nombre d'accidents : l'irritation et l'ulcération du vagin, l'incarcération de l'utérus, les douleurs, les flueurs blanches ; 3° il est introduit et

retiré avec facilité, et les malades peuvent le nettoyer elles-mêmes. Pourtant ces avantages ne sont pas sans quelques inconvénients : ainsi le métal dont ces pessaires sont composés ne tarde pas à s'altérer, l'articulation des deux lames ne tarde pas à s'encroûter, et tôt ou tard l'écrou lui-même ne peut plus servir à maintenir les lames écartées. Enfin quelques malades auront la plus grande peine à saisir le mécanisme de cet écrou.

La modification que Schilling a fait subir à ce pessaire était bien peu importante, puisqu'elle consistait seulement à régler l'écartement des plaques par une vis placée dans la tige inférieure qui était unique; cette vis ne pouvait elle-même fonctionner plus de quelques semaines. Mais il appartenait à Eulenburg, de Coblenz, d'en faire un instrument tout à fait pratique. Son instrument est entièrement en bois et ses deux ailes (A) sont d'une forme un peu différente de celles de l'instrument de Zwank : elles sont légèrement recourbées en bas à leurs extrémités, de sorte que leur face infé-



(Fig. 3.) (Fig. 4.)

rieure est concave. Par suite de cette disposition, les extrémités des deux ailes s'adaptent exactement à la face interne de la branche descendante du pubis, formant une sorte de crochet qui soutient l'instrument une fois dans le vagin. Les deux ailes sont retenues à leur centre par deux articulations laissant entre elles au milieu une ouverture par laquelle peuvent s'échapper les sécrétions du vagin. Au lieu d'un écrou pour maintenir les ailes écartées, Eulenburg a placé dans une gouttière creusée autour du corps de l'hystérophore, immédiatement au-dessous des deux articulations, un anneau élastique en caoutchouc (C) qui assure l'écartement des deux parties constituantes de l'instrument, sans aucune participation des malades, par le fait même de l'élasticité de cet anneau (*fig.* 3 et 4). L'introduction ne présente aucune difficulté ; car il suffit d'écarter

fortement l'un de l'autre les boutons inférieurs (B) pour fermer l'instrument; on lui fait franchir ainsi la vulve et remonter aussi haut que possible dans le vagin. Abandonné à lui-même, les ailes s'écartent l'une de l'autre. Même mécanisme pour le retirer. Eulenburg a d'ailleurs fait construire quatre modèles pour les cas divers de la pratique, mesurant d'un côté à l'autre 2 pouces 3/4, 3 pouces, 3 pouces 1/4 et 3 pouces 1/2, et dont le plus grand diamètre antéro-postérieur pour chaque aile est pour les deux grands modèles de 1 pouce 3 lignes, et pour les deux autres de 1 pouce 4 lignes et de 1 pouce 5 lignes.

Quelque parfait que soit cet instrument, il n'en demande pas moins dans son emploi quelques précautions. Ainsi, il faut que le médecin en fasse lui-même l'application, pour s'assurer du modèle qui doit être porté par les malades. Si la portion inférieure ne se ferme pas parfaitement, c'est que l'instrument est trop volumineux; si elle ferme trop vite, c'est que l'instrument est trop petit. En général, cependant, il vaut mieux commencer par des petits modèles; car on réussit quelquefois à supporter des prolapsus considérables avec des petits modèles. Les sensations des malades doivent être prises en grande considération; il faut donc mettre une grande douceur dans l'introduction de l'instrument, l'huiler avec soin et quelquefois le faire doubler d'une peau de gant; il faut encore faire marcher la malade devant soi pour s'assurer que le prolapsus est bien contenu; il faut enfin surveiller la malade pendant quelques jours, prêt à le retirer au moindre malaise, au moindre frisson, à la moindre céphalalgie, etc., etc., qui témoignent d'une inflammation ou d'une ulcération. Les malades doivent d'ailleurs le retirer elles-mêmes à l'époque des règles, si elles gardent le repos. Parfois il arrive qu'une portion de la paroi antérieure du vagin s'échappe au-dessous du pessaire : dans ce cas, il faut prendre un plus grand modèle, ou placer au centre de l'instrument un petit tampon de linge pour soutenir la portion qui s'échappe.

Tel est le pessaire qui me paraît convenir au plus grand nombre des cas de prolapsus, et même à ceux qui sont compliqués de rupture du périnée; la seule précaution à prendre en pareil cas est de se servir d'un pessaire grand modèle. Qu'il me soit permis, en terminant, de protester contre l'idée qu'on ne manquera pas de me prêter de vouloir traiter tous les prolapsus par des pessaires; je suis persuadé, au contraire, qu'il est un certain nombre de ces prolapsus qui ne peuvent pas se prêter à l'emploi de ces moyens contentifs; mais ce que j'ai voulu établir, c'est que toutes les fois

qu'un pessaire devient nécessaire, c'est l'hystérophore de Zwank, ou mieux encore celui d'Eulenburg, qui répond le plus complétement au but qu'on se propose.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mode de préparation et caractères de l'éther quinique.

Les remarques que nous avons présentées à propos de la composition et des effets physiologiques du prétendu éther quinique, préparé par M. Manetti (p. 176), n'ont pas été saisies par tous nos lecteurs, puisque nous lisons dans la Revue pharmaceutique du Moniteur des sciences médicales : « La chose nous aurait paru convenablement jugée, si l'article de cet estimable journal n'avait pas été rédigé de manière à faire croire à un grand nombre de médecins que l'éther quinique n'existait pas. Evidemment le *Bulletin de Thérapeutique* n'a pas voulu dire ce qu'un certain nombre de lecteurs ont compris. Ce qu'il a dit, c'est ce que nous avions nous-même publié, que l'opération de Manetti donnait un produit dans lequel on ne pouvait constater la présence de l'éther quinique. »

Nous étions loin de nous attendre à une interprétation erronée de notre article, car, pour éviter toute confusion, nous nous étions borné à l'examen du prétendu éther de M. Manetti, le seul produit d'ailleurs qui eût servi à des essais cliniques.

Il nous reste à dire un mot du véritable éther quinique. Il ne fallait pas avoir été grand chimiste pour se rappeler que toutes les fois qu'il existe un acide, il est possible de produire un éther ; or, l'acide quinique est connu de tous. Voici les caractères et le meilleur mode de préparation de l'éther quinique que rappelle M. Berthé :

« C'est un corps ayant la consistance d'un sirop épais, soluble dans l'eau et dans l'alcool, plus difficilement soluble dans l'éther ; l'eau le décompose ; il distille partiellement à 240 ou 250 degrés dans un courant d'acide carbonique, mais, un peu au-dessus de 100 degrés, il éprouve déjà une décomposition partielle. Il renferme :

$$C^{14} H^{11} (C^4 H^5) O^{12}$$

« Sa préparation est assez longue et demande quelques opérations que nous allons faire connaître. D'abord tous les produits employés à sa préparation doivent être chimiquement purs, toute matière étrangère nuisant à la réaction et la modifiant quelquefois complétement; de plus, l'éther iodhydrique employé doit, autant

que possible, être nouvellement préparé : on sait avec quelle rapidité cet éther se décompose ; lorsqu'il est employé avec un excès d'iode, l'éther quinique obtenu retient opiniâtrément cet excès du métalloïde, dont on ne peut le séparer que par de nombreuses rectifications pendant lesquelles on perd une notable proportion du produit. Voici lo détail de l'opération : Une solution de nitrate d'argent cristallisé parfaitement pur est précipitée par une solution de carbonate de soude ; le précipité jeté rapidement sur un filtre est lavé avec de l'eau distillée privée d'air jusqu'à disparition complète de l'excès d'alcali, et mis à égoutter à l'abri de la lumière.

« Lorsqu'il a perdu la plus grande partie de son eau, on le met dans une capsule de porcelaine avec un peu d'eau distillée, et on y ajoute de l'acide quiniquo cristallisé, jusqu'à dissolution complète du précipité ; on filtre la solution.

« D'après M. Hesse, cette solution de quinate d'argent doit être mise à cristalliser dans lo vide de la machine pneumatique ; de cette manière, l'opération se fait régulièrement, mais très-lentement. Nous avons cherché le moyen de la rendre plus pratique. Il ne fallait point penser à concentrer la dissolution par la chaleur (le quinate d'agent se décompose sous son influence), mais en précipitant la solution par un grand excès d'alcool absolu. Nous avons obtenu un sel parfaitement pur, blanc, en masse concrète et sèche ; il est fort important de le mettre rapidement en contact avec l'éther iodhydrique pour parfaire la réaction, car la lumière agit vivement sur le quinate d'argent ; on introduit donc dans un ballon en verre de Bohême très-fort, forme de ballon d'essayeur, une certaine quantité de quinate d'argent, par-dessus on verse la proportion théorique d'éther iodhydrique, puis on étire et on scelle à la lampe le col du ballon ; on introduit alors le vase dans de l'eau qu'on porte rapidement à 100 degrés, et on chauffe pendant une heure : la réaction est alors complète. On retire le ballon de l'eau et on le laisse refroidir, on casse l'extrémité effilée du col, on laisse écouler le liquide, puis on introduit dans le ballon qui contient, collé à ses parois, tout l'iodure d'argent formé et l'éther quinique, une certaine quantité d'alcool ; on lave parfaitement le vase, on mélange tous les liquides, on les filtre, puis on les introduit dans une capsule, par une chaleur de 80 degrés ; tout l'éther iodhydrique non décomposé et l'alcool ajouté se vaporisent, et on obtient comme résidu l'éther quinique possédant tous les caractères que nous avons fait connaître en commençant.

« La réaction qui donne naissance à ce produit est des plus sim-

ples : de l'éther iodhydrique et du quinate d'argent sont en présence; par un fait de double décomposition, il se forme d'une part de l'éther quinique, d'autre part de l'iodure d'argent. »

Quelle sera la valeur de ce véritable éther quinique? M. Berthé nous apprend qu'il en a remis une certaine quantité à M. Aran, qui s'est chargé de l'expérimenter. Nous croyons que notre collaborateur arrivera seulement à constater les effets physiologiques de plusieurs autres éthers plus faciles à préparer et surtout beaucoup moins coûteux.

Formule d'un bain huileux économique.

Nous n'avons pas à rappeler les bons effets des frictions huileuses dans le traitement de celles des maladies dont une des causes principales trouve sa source dans une nutrition défectueuse. Mais un moyen plus efficace pour faciliter l'absorption cutanée des corps gras est le bain; aussi les anciens avaient-ils recours aux immersions dans l'huile. Ces bains ne pouvaient entrer dans la pratique courante, mais devaient-ils être complétement oubliés? Plusieurs fois nous les avons conseillés; nous n'avons rencontré qu'une seule famille qui ait consenti à passer par-dessus la dépense et les embarras qu'entraîne l'usage de pareils bains : le succès est venu couronner son dévouement. Cette médication puissante n'est pas aussi dispendieuse qu'elle paraît devoir l'être; une tonne d'huile suffit. L'huile sert pour une assez longue série de bains et peut être utilisée ensuite pour l'éclairage.

Grâce au sagace professeur de thérapeutique de Bordeaux, M. Jeannel, auquel nous devons de beaux travaux sur l'absorption des corps gras, la pratique courante pourra désormais utiliser cette ressource précieuse au profit des plus pauvres malades. Il suffira, en effet, d'émulsionner une certaine quantité d'huile dans l'eau du bain, à l'aide de petites doses de carbonates alcalins. Voici la formule à laquelle s'est arrêté M. Jeannel :

Bain émulsif.

Prenez d'une part :

Carbonate de soude brut...............	350 grammes.
Eau tiède pour un bain entier..........	200 litres.

Faites dissoudre.

D'autre part, prenez :

Carbonate de soude brut...............	50 grammes.
Eau commune tiède....................	500 grammes.

Dissolvez dans un flacon et ajoutez :

Huile d'amandes ou huile de foie de morue. . 250 grammes.

Agitez quelques instants pour émulsionner et mêlez à l'eau du bain.

L'huile, fait remarquer M. Jeannel, se séparerait si on versait l'émulsion dans l'eau du bain sans avoir rendu cette dernière alcaline. La petite quantité de sel calcaire que contiennent toutes les eaux employées aux usages économiques se trouvant précipitée par le carbonate de soude en excès, ces eaux émulsionnent les corps gras aussi bien que l'eau distillée.

On sait d'ailleurs que les corps gras émulsionnés par les carbonates alcalins traversent les membranes, et sont assimilés aussi bien que les corps gras émulsionnés par le suc pancréatique. Pendant la durée de l'immersion dans le bain émulsif, le corps gras se dépose en partie sur la surface de la peau, et, après le bain, l'épiderme, malgré des frictions réitérées avec des linges secs, reste lubréfié d'une manière tout à fait remarquable.

A la suite d'un pareil bain, renouvelé plusieurs jours de suite, M. Jeannel a éprouvé un sentiment de bien-être et de vigueur qui lui a semblé confirmer les assertions des auteurs anglais, qui conseillent d'envoyer vivre dans les manufactures de laine les scrofuleux et les phthisiques.

Moyen d'obtenir l'hydrogène antimonié. — Mode de préparation de ce gaz pour l'usage thérapeutique (*).

L'hydrogène antimonié s'obtient au moyen de 2 parties d'antimoine porphyrisé, de 1 de zinc en grenaille, et de 1 de tartre stibié, ou bien en ajoutant à un alliage composé de 1 partie d'antimoine et de 2 de zinc, 1 partie de chlorure d'antimoine. A ce mélange on ajoute 8 parties d'acide chlorhydrique. Il se fait une vive effervescence et un dégagement d'hydrogène antimonié.

L'hydrogène antimonié est inodore, incolore, et n'irrite pas les bronches. Il brûle avec une flamme jaune et dégage des vapeurs blanches d'oxyde d'antimoine; quand on plonge un corps froid dans cette flamme, il se dépose sur ce corps un enduit d'antimoine métallique noir et opaque. Cet enduit est plus fixe que celui produit par l'hydrogène arsenié et donne, après avoir été dissous dans l'eau régale, toutes les réactions des sels d'antimoine.

Pour préparer ce gaz pour les usages thérapeutiques, on prend 9 grammes d'alliage (6 de zinc et 3 d'antimoine) et 3 grammes de tartre stibié ou de chlorure d'antimoine. Le zinc et l'antimoine

---

(*) Voir, pour les indications, l'article *Inhalations* au Répert. de ce numéro.

doivent être chimiquement purs. — On place le mélange dans un flacon à large tubulure, et l'on ajoute, d'heure en heure, quand le malade doit inspirer le gaz, 2 ou 3 grammes d'acide chlorhydrique, jusqu'à ce que 30 grammes d'acide soient employés.

Des vapeurs chlorhydriques se dégageant en même temps, il est convenable, pour soustraire les malades à leur effet, de boucher le goulot au moyen d'une éponge mouillée d'une solution alcaline, destinée à absorber les vapeurs acides. A cette éponge doit être attaché un bout de ficelle, afin de pouvoir la retirer après l'inhalation. Il va sans dire que l'éponge doit permettre à l'hydrogène antimonié de la traverser.

On peut encore se servir d'un flacon à deux tubulures : par l'une, à laquelle on adapte l'éponge, le malade aspire ; par l'autre, on verse l'acide sur le mélange médicamenteux ; cette tubulure se ferme à l'aide d'un bouchon.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du kermès et de la digitale à doses progressivement croissantes dans le traitement de la pneumonie.

Pendant les années 1857 et 1858, j'ai eu à traiter, à la colonie agricole et pénitentiaire de Mettray (près Tours), 87 enfants, âgés de huit à vingt ans, atteints de pneumonies, et je n'ai eu que 1 décès à enregistrer. Je dirai dans quelques instants à quels moyens j'ai eu recours dans le traitement de cette affection, qui est loin d'être toujours bénigne, et qui sur ces jeunes colons a présenté dans 58 cas une excessive gravité, puisqu'il y a eu constamment du délire, et en même temps des symptômes adynamiques très-prononcés.

J'ai rencontré 49 pneumonies siégeant à droite ; 22 à gauche ; 16 pneumonies doubles. Un grand nombre d'auteurs disent que la pneumonie des adolescents n'est généralement pas grave, et qu'elle guérit souvent sans qu'on ait lieu de se préoccuper beaucoup du traitement. Je ne suis pas aussi rassuré que ces auteurs, et ne pense pas tout à fait comme eux. J'ai vu mourir un certain nombre de jeunes gens atteints de pneumonie, et tous les jours je suis à même de voir mes confrères de Tours déplorant la mort de quelques-uns de leurs jeunes clients ayant succombé à cette affection. Il y a donc danger à laisser répandre une semblable opinion sur le pronostic de cette maladie. Qu'elle ne soit pas aussi grave que chez l'enfant à la ma-

melle ou que chez le vieillard, c'est possible, mais il n'en est pas moins vrai que c'est une affection sérieuse, et d'autant plus sérieuse qu'elle est plus étendue et qu'elle s'accompagne de phénomènes, soit ataxiques, soit adynamiques.

Du reste, avant que je fusse le médecin de la colonie de Mettray, il y avait, malgré l'habileté de mon prédécesseur, un certain nombre d'enfants succombant tous les ans à la pneumonie ; depuis bientôt trois ans, je n'en ai perdu qu'un.

A quoi tient ce résultat? C'est sans contredit à la médication que j'ai employée depuis quelques années, et que je vais exposer ici.

Les antimoniaux (tartre stibié, kermès, oxyde blanc d'antimoine) ont joui et jouissent encore d'une grande faveur auprès de certains praticiens, dans le traitement de la pneumonie. J'ai eu moi-même recours, pendant dix ans au moins, à l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pneumonie ; et quoique j'administrasse ce médicament sous forme pilulaire, pour éviter ou retarder l'apparition de cette éruption pustuleuse qui se manifeste dans le pharynx lorsqu'on fait usage d'une potion ou d'un looch contenant une certaine quantité de tartre stibié, je n'étais pas toujours à l'abri de cette complication, et je me trouvais quelquefois obligé de suspendre le médicament : j'étais désarmé en présence d'une redoutable maladie.

Le kermès n'offrait pas les inconvénients d'une éruption pustuleuse au même degré, mais il me paraissait bien moins efficace que le tartre stibié, et souvent je l'avais vu échouer non-seulement entre mes mains, mais encore entre les mains de quelques-uns de nos plus éminents praticiens de la Touraine.

Je ne dis rien de l'oxyde blanc d'antimoine, jadis tant prôné par M. Trousseau, puis délaissé par lui. M. Bretonneau avait bien, il y a environ dix ans, conseillé, dans la période de résolution de la pneumonie, l'oxyde blanc d'antimoine associé à l'extrait hydro-alcoolique de digitale dans les proportions suivantes :

Oxyde blanc d'antimoine............	3 grammes.
Extrait hydro-alcoolique de digitale..	1 gramme.

à prendre en 50 pilules, 5 par jour, soit une toutes les quatre heures, et il en avait retiré, disait-il, de bons effets. J'ai été à même d'expérimenter cette médication lorsque la pneumonie était en voie de résolution et que l'administration du tartre stibié était devenue impossible, et j'ai, comme lui, reconnu les avantages de cette préparation ; mais employée au début d'une pneumonie grave, elle était tout à fait impuissante.

En 1856, M. le docteur Duclos, de Tours, annonça dans un article publié par ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LI, p. 97), qu'il avait substitué à l'oxyde blanc d'antimoine le kermès, et qu'il administrait la digitale à doses plus élevées. Il avait déjà fait un certain nombre d'expérimentations qui avaient été assez heureuses, et qui devaient encourager ses confrères à suivre la voie qu'il traçait. M. Duclos prétendait même que l'extrait hydro-alcoolique de digitale seul, donné à haute dose, pouvait en certaines circonstances triompher de pneumonies peu graves ; mais il ne s'affranchissait pas de la saignée, soit générale, soit locale ; il recourait aux purgatifs, aux vésicatoires, etc., etc.

J'ai essayé sa médication, non pas à Mettray, mais dans la pratique particulière, et elle ne m'a pas paru beaucoup plus avantageuse que celle à laquelle j'avais recours auparavant. J'ai donc cru devoir la modifier, et à Mettray, surtout, en présence de jeunes sujets souvent débiles, scrofuleux, pâles, étiolés, il ne m'était pas possible de faire une ou plusieurs saignées de 1 kilogramme chaque, comme il le conseillait.

Voici donc à quelle formule je m'adresse ordinairement :

1° Je ne fais *jamais* chez les adolescents de saignée générale; *presque jamais* je ne saigne les adultes, et *jamais* je n'ouvre la veine chez les vieillards.

2° Je n'ai *presque jamais* recours aux émissions sanguines locales.

3° Je ne pose pas comme règle de donner un purgatif au début, afin que la médication spéciale agisse mieux; si quelquefois j'administre un purgatif, c'est l'exception.

4° J'ai eu peu souvent recours aux révulsifs cutanés (vésicatoires) appliqués soit sur le thorax, soit aux extrémités inférieures.

5° Le jour où je suis appelé auprès d'un pneumonique, je donne une potion composée de la sorte :

Looch blanc ou eau gommeuse.......	125 grammes.
Kermès..........................	2 décigrammes.
Extrait hydro-alcoolique de digitale.	2 décigrammes.
Sirop diacode.....................	10 à 15 grammes.
Sirop simple......................	15 à 20 grammes.
Eau de fleurs d'oranger...........	10 grammes.

Une cuillerée à dessert toutes les heures, ou une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Si le malade se dégoûte de la potion, ou si je crains l'apparition

rapide de l'éruption pustuleuse pharyngienne, je remplace la potion par des pilules ainsi formulées :

Pr.	Kermès.........................	2 décigrammes.
	Extrait hydro-alcoolique de digitale..	2 décigrammes.

Pour 20 pilules; une toutes les heures.

Le deuxième jour je fais mettre dans la potion ou dans les pilules 3 décigrammes de kermès et 3 décigrammes d'extrait hydro-alcoolique de digitale ; le troisième jour, kermès et extrait hydro-alcoolique de digitale, de chaque 4 décigrammes, et je fais augmenter chaque jour de 1 décigramme, de façon que j'arrive le neuvième jour à la dose de 1 gramme.

Il est rare que vers le sixième ou le huitième jour il n'y ait pas une amélioration notable qui se reconnaît à ce que la circulation est manifestement influencée par la digitale. Alors on examine attentivement le malade, et lorsque l'auscultation vous révèle un changement appréciable en bien, on diminue au bout de quelques jours la dose de kermès et celle de digitale, et on arrive ainsi graduellement à suspendre toute médication. Je n'ai jamais dépassé la dose de 1 gramme de kermès et une même dose de digitale.

Il ne faut jamais cesser brusquement la médication, car alors vous auriez de cruels mécomptes. Un colon de seize ans, presque guéri d'une pneumonie double, le sieur Daurial, a failli mourir victime de son mauvais vouloir et de son entêtement. Dégoûté et fatigué de sa potion, il la jetait dans son crachoir au lieu de la boire, et il faisait ensuite nettoyer par un de ses camarades le vase dans lequel il l'avait versée; et il s'était ainsi sevré de lui-même de kermès et de digitale. Des accidents redoutables éclatèrent, je soupçonnai qu'il avait mangé, mais il avoua son imprudence et j'eus beaucoup de peine à conjurer les phénomènes de recrudescence de pneumonie qui apparurent. Il survint du délire, et, pendant quelques jours, cet enfant fut entre la vie et la mort. Malgré sa chétive constitution, il put se rétablir, mais la convalescence fut très-longue.

6° Je donne pour boisson ordinaire une infusion de fleurs de violettes, ou une tisane d'eau d'orge.

7° Diète complète pendant les premiers jours.

8° Dès que le mieux se prononce, j'accorde quelques tasses de bouillon coupé; puis peu à peu j'augmente l'alimentation jusqu'à ce qu'elle soit devenue suffisamment réparatrice.

9° Dans le cas où il se manifeste du délire, et où les symptômes

ataxiques sont très-prononcés, j'ordonne le musc et le camphre sous la forme suivante :

Eau de tilleul	100 grammes.
Musc	1 à 2 décigrammes.
Camphre	5 décigrammes.
Jaune d'œuf	N° 1.
Sirop simple	30 grammes..

Une cuillerée toutes les heures.

Il est extrêmement rare qu'au bout de deux ou trois jours de l'usage de cette potion les phénomènes ataxiques n'aient pas complétement cessé ou ne soient pas notablement amendés. En deux années, j'ai eu besoin de mettre cette médication antispasmodique en usage, concurremment avec le kermès et l'extrait hydro-alcoolique de digitale sur cinquante-huit enfants : un seul, le colon Cassado, a succombé.

10° Quelquefois, lorsque la pneumonie affecte un sujet débile, étiolé, je ne me fais pas faute d'administrer, vers la fin de la maladie, l'extrait mou de quinquina, à la dose de 2 à 4 grammes, et j'en retire d'excellents résultats. Il m'arrive assez souvent de constater chez des enfants dont la pneumonie est en voie complète de guérison, et même chez des sujets entièrement guéris, une fièvre intense que rien n'explique. Dans ces cas, si les voies respiratoires sont en bon état, je ne crains pas de prescrire le quinquina, et la fièvre ne tarde pas à disparaître. Je donne en même temps de bon bouillon et quelques légers potages.

Voilà tout le secret du succès de ma médication contre la pneumonie à Mettray ; mais, pour moi, ce serait peu de n'avoir que les succès obtenus dans cet établissement, et je n'oserais pas être si fier et si sûr de moi, si je n'avais expérimenté cette médication dans la pratique particulière chez des adultes, chez des vieillards et chez des enfants à la mamelle.

Eh bien ! je le dis avec conviction : ce mode de traitement est supérieur à tout ce que j'ai vu jusqu'ici. Chez les adultes, il réussit comme chez les adolescents ; chez les vieillards, il m'a donné de beaux succès. Tout dernièrement encore un officier en retraite, âgé de soixante-dix ans, d'une mauvaise constitution, en était à sa seconde pneumonie du côté droit, depuis trois ans. Il n'a dû la vie en ces deux circonstances qu'à cette énergique médication employée sous forme pilulaire. En quelques jours je suis arrivé à lui donner 1 gramme de kermès et 1 gramme d'extrait hydro-alcoolique de digitale, qui ont été continués pendant trois ou quatre jours; puis

j'ai administré ces médicaments à doses décroissantes, et, en quinze jours, cet ancien débris de nos vieilles armées était complétement guéri. Un vésicatoire volant sur le côté droit a été employé la seconde fois seulement, mais surtout en vue d'être agréable à la famille.

Chez des enfants de quatre mois, j'ai pu arriver à faire prendre en quelques jours 15 et 20 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique de digitale, et je suis parvenu à guérir des pneumonies toujours mortelles à cet âge.

Chez des enfants de dix mois, je suis allé jusqu'à la dose de 35 centigrammes, et j'ai encore eu des succès.

Comment agit la digitale dans le traitement de la pneunomie ? En corroborant l'action déjà contro-stimulante du kermès. Elle agit sur la circulation et sur le poumon en même temps, c'est-à-dire que dès que la circulation se ralentit et que le pouls de 130 tombe à 90, 80, 70 et quelquefois 50 et même 40 pulsations, on peut être à peu près assuré que la phlegmasie pulmonaire est en voie de résolution. Chez tous les sujets, l'action de la digitale n'est pas aussi rapide : ainsi quelques-uns ressentent son influence vers le quatrième jour, d'autres au contraire vers le septième ou le huitième jour seulement ; mais chez tous, il y a, je ne puis me lasser de le répéter, en même temps résolution de la pneumonie et ralentissement de la circulation. Dans la pneumonie, le ralentissement de la circulation cesse dès qu'on cesse l'usage de la digitale, et ne se continue pas longtemps après comme l'ont cru quelques auteurs.

L'action diurétique do la digitale employée à haute dose dans le traitement de la pneumonie a toujours été nulle.

La digitale a déterminé d'une manière bien manifeste l'activité de l'exhalation sudorale ; cela est tellement vrai que certains de nos colons étaient obligés non-seulement de changer de chemises et de gilets, mais encore que les draps de leur lit étaient complétement mouillés.

Après avoir lu ces quelques pages, on m'objectera peut-être que le kermès aurait pu seul faire les frais du traitement. Je répondrai tout simplement que je ne le pensé pas, parce qu'on n'est pas ordinairement assez téméraire pour donner le kermès à doses faibles et très-modérément croissantes dans le traitement de la pneumonie; et que lorsqu'on s'adresse à ce médicament seul, on commence tout de suite par 1 gramme pour arriver assez rapidement à 2, 3 et même 4 grammes. Je n'ai jamais dépassé 1 gramme de kermès et je ne suis guère parvenu à cette dose qu'au moment où le poumon était en voie de résolution. Du reste, il est facile de répondre à cette

objection qui attribuerait l'action résolutive au kermès et non à la digitale : c'est que M. le docteur Duclos a plusieurs fois expérimenté la digitale seule dans le cas de pneumonie peu étendue, il est vrai, et que cette substance lui a procuré des succès non douteux. Quant à moi, je ne l'ai jamais employée seule, et je l'ai toujours associée au kermès.

La durée de la maladie ne m'a pas paru sensiblement influencée par la méthode de traitement que je viens de faire connaître, et je ne vois pas de différence notable entre la durée d'une pneumonie traitée par les antimoniaux seuls (tartre stibié ou kermès) et la durée d'une pneumonie traitée par l'extrait hydro-alcoolique de digitale associé au kermès. Mais il y en a une grande entre les pneumonies traitées par les émissions sanguines coup sur coup, et ma méthode de traitement; aussi repoussé-je les saignées coup sur coup comme désastreuses; et cependant si, dans quelque affection, elles devraient réussir, ce serait bien dans la pneumonie.

Le seul résultat merveilleux que je puisse proclamer, c'est la guérison dans l'immense majorité des cas, soit que la pneumonie se montre chez les nouveau-nés, soit qu'elle se développe chez les enfants, soit qu'elle affecte des adolescents, soit qu'elle frappe des adultes, soit enfin qu'elle sévisse sur des vieillards.

A tous les âges de la vie, j'ai enregistré de beaux succès. On peut facilement vérifier mes assertions. Dr A. MILLET,

Médecin de la colonie de Mettray.

BIBLIOGRAPHIE.

Des panaris et des inflammations de la main, par le docteur L.-J. BAUCHET, chirurgien des hôpitaux civils de Paris, deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux, membre honoraire (ancien vice-président) de la Société anatomique, membre de la Société de médecine de la Seine. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

Voici une excellente monographie sur un sujet qui d'ordinaire n'est qu'effleuré dans les traités de pathologie chirurgicale : *de minimis non curat pretor*. Si nos maîtres s'occupaient un peu moins d'eux dans leurs ouvrages, et un peu plus de la pratique courante, de la pratique de tous les jours, on n'y trouverait pas de ces lacunes, que des esprits droits, mais moins ambitieux au moins à leurs premiers pas dans la carrière de la science, viennent heureusement combler. C'est ainsi sans doute que M. Bauchet l'a compris, quand

reprenant son premier travail sur la question intéressante qui en est l'objet, il l'a remanié, étendu, soumis à un ordre méthodique, qui en a fait, ainsi que nous venons de le dire, une monographie complète, excellente.

En abordant son sujet, l'auteur s'est tout d'abord aheurté à une difficulté dont il fallait s'affranchir, la confusion, introduite par de nombreuses classifications dans un certain nombre de formes morbides qui, au premier aspect, ne semblent pas exiger un si grand effort pour arriver à une méthodique exposition des choses. C'est, pense-t-il, pour avoir perdu de vue la disposition anatomique des diverses parties qui entrent dans la composition des doigts, et pour avoir négligé l'inflammation dans ses rapports avec leur structure, qu'on est tombé dans cette confusion. La raison de cette confusion ainsi découverte, M. Bauchet, dans un coup d'œil jeté sur l'organisation anatomique des parties dont il s'agit d'étudier l'inflammation, montre les conditions de structure qui ont été mal saisies, et qui ont conduit quelques auteurs ou bien à des distinctions mal fondées, ou à des identifications qui ne sont pas plus légitimes. Ces préliminaires posés, l'auteur passe immédiatement à la pathologie et à la thérapeutique, en subordonnant le principe à l'ordre de classification qu'une anatomie topographique exacte lui a enseignée.

Dans une première partie, M. Bauchet traite du panaris : c'est ici, suivant nous, qu'une étude plus attentive des choses l'a conduit à une séméiologie plus complète que celle qu'on trouve dans la plupart des traités de pathologie chirurgicale, en ce qui concerne cette question. C'est ainsi que sans subtilité il a pu poser trois variétés essentielles du panaris : le panaris superficiel, le panaris sous-cutané, et enfin le panaris profond. Sur tous ces points, l'auteur pousse l'analyse très-loin, et montre très-bien les formes assez variées que le panaris, en ces diverses localisations, peut affecter. A cet égard, nous avons surtout remarqué la forme anthracoïde, qui est parfaitement dessinée. Bien que M. Bauchet, en entreprenant son travail, se proposât très-positivement de mieux préciser des lésions qui depuis des siècles tombent en se déroulant sous les yeux de tous les chirurgiens, des médecins même, on ne découvre dans son travail aucune de ces prétentions qui vont à peine à qui démontrerait un fait capital nouveau : il dit simplement ce qu'il a vu, laissant au lecteur à juger s'il a mieux vu que ceux qui l'ont précédé dans la même carrière. C'est la même modestie qui l'a guidé, quand, au lieu de consacrer un chapitre à part pour le diagnostic et les maladies,

et pour le traitement, il se contente d'esquisser à grands traits l'un et l'autre sujet. Des observations sans longueur sont rapportées çà et là, qui montrent la marche de la maladie, et en même temps servent à préciser les notions essentielles que l'auteur se propose d'établir.

La seconde partie du livre, qui traite des inflammations de la main, se recommande par la même précision des détails et la même discrétion dans l'histoire symptomatologique ou thérapeutique d'un traumatisme qui, en somme, a été si souvent étudié. Enfin, dans une troisième et dernière partie, il est question des complications que le panaris et le phlegmon de la main peuvent entraîner à leur suite, et qui sont ou locales ou générales, ou simplement intercurrentes, ou de pure coïncidence fortuite. Là encore, M. Bauchet se montre médecin attentif et chirurgien prudent. Nous ne ferons sur ce point qu'une remarque ; elle est relative aux accidents nerveux qui peuvent surgir à propos des diverses formes morbides dont il est question ici. L'auteur, qui recommande avec raison, en pareil cas, et les moyens généraux connus, et le traitement local dont, chemin faisant, il a parfaitement les moyens principaux, a omis un fait qui s'observe quelquefois, et qui n'est pas sans gravité : nous voulons parler de la réaction sur le système nerveux, qui suit quelquefois l'usage prématuré de l'instrument tranchant plongé au milieu des parties violemment enflammées. C'est ainsi qu'en semblable circonstance nous avons vu un enfant frappé immédiatement de convulsions qui pendant plusieurs années se sont répétées sous la forme d'une hystérie épileptiforme. Cette omission est à peine une tache dans une monographie si complète, et d'ailleurs, ce qui ne gâte rien, si bien écrite. Que M. Bauchet nous donne encore quelques monographies de cette valeur, et nous l'assurons que son nom occupera une place honorable dans la littérature chirurgicale contemporaine.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hypnotisme. — Nouvelle méthode d'anesthésie. — Il se fait en ce moment dans les hôpitaux de Paris de curieuses expériences qui pourront peut-être bien être utilisées dans la pratique, mais qui, dans tous les cas, n'eussent-elles pas un but d'utilité immédiate, mériteraient encore l'attention qu'elles excitent, à cause de leur intérêt physiologique. Il s'agit d'un moyen très-simple de provoquer chez certaines personnes (nous dirons tout à l'heure dans

quelles conditions) un état de sommeil cataleptique pendant lequel elles sont complétement insensibles et peuvent supporter les opérations les plus douloureuses sans en avoir conscience. C'est, comme on le voit, un pendant de l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme, mais par un procédé tout différent. Voici en quoi il consiste :

« Lorsqu'on place un objet brillant au-devant de la ligne médiane du visage, à une distance de 8 à 13 pouces anglais, et qu'on invite le sujet à fixer continuellement les yeux sur cet objet, de manière à produire dans les muscles oculaires et palpébraux une contraction permanente, on voit survenir au bout de quelques minutes un état singulier, analogue à la catalepsie. Les membres soulevés par l'expérimentateur conservent pendant un temps assez long toutes les positions qu'on leur donne ; les organes des sens, excepté celui de la vue, acquièrent en même temps une sensibilité exagérée, et enfin une période de torpeur ou de sommeil dont la durée est variable succède à cette période d'excitation. »

Tels étaient les termes dans lesquels M. James Braid décrivait ces phénomènes, dans un ouvrage publié en 1842, sous le nom d'*hypnotisme* ou *sommeil nerveux*.

On voit par là qu'il ne s'agit pas précisément d'un fait nouveau : il était en effet consigné tout au long dans plusieurs ouvrages, et entre autres dans la dernière édition du *Dictionnaire* de Nysten ; mais ce qui est nouveau, c'est l'application dont ce fait paraît susceptible à la chirurgie et la source de déductions physiologiques qu'on peut espérer en tirer.

Quoi qu'il en soit, ce fait était ignoré du plus grand nombre des médecins, lorsque M. le docteur Azam, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, qui a eu l'occasion d'en faire une étude attentive, est venu récemment le signaler à notre attention. M. Broca, à qui il en a fait l'un des premiers la confidence, s'est proposé aussitôt de chercher avec lui si les personnes ainsi hypnotisées ne pourraient pas devenir insensibles à la douleur des opérations. Après avoir vérifié par lui-même, dans une expérience physiologique, la réalité des effets annoncés par M. Azam, M. Broca a tenté la première expérience pratique sur une malade du service de M. Follin, à l'hôpital Necker.

Voici ce fait, qui a été le point de départ d'une foule d'autres essais, presque tous suivis d'un succès plus ou moins complet.

Obs. I. Le premier sujet est une femme âgée de vingt-quatre ans, portant une vaste brûlure du dos et des membres droits, avec ab-

cès volumineux et extrêmement douloureux de la marge de l'anus; cette femme, épuisée par la douleur, et d'ailleurs fort pusillanime, redoute beaucoup l'incision. On lui annonce qu'on va l'endormir. Un cylindre de cuivre (lunette de Bruecke) est placé à 15 centimètres en avant de la racine du nez. La malade, pour fixer cet objet, a été obligée de loucher fortement en dedans; les pupilles se sont aussitôt fortement contractées. Le pouls, déjà rapide avant l'expérience, s'est d'abord un peu accéléré, puis presque aussitôt il est devenu beaucoup plus faible et beaucoup plus lent. Au bout de deux minutes, les pupilles commencent à se dilater; le bras gauche, élevé presque verticalement au-dessus du lit, reste immobile dans cette attitude. Vers la quatrième minute, les réponses sont lentes et presque pénibles, du reste parfaitement sensées; respiration très-légèrement saccadée. Au bout de cinq minutes, M. Follin pique la peau du bras gauche, qui est toujours resté dans la position verticale.

Une nouvelle piqûre, qui laisse sortir une gouttelette de sang, passe également inaperçue. On place le bras droit dans la même attitude que le gauche, on met à découvert le siége de l'abcès; la malade se laisse faire, disant toutefois avec tranquillité qu'on va sans doute lui faire du mal. Enfin, sept minutes après le début de l'expérience, M. Follin pratique sur l'abcès une large ouverture, qui donne issue à une énorme quantité de pus fétide. Un léger cri, qui dure moins d'une seconde, est le seul signe de réaction que donne la malade. Du reste, pas le moindre tressaillement dans les muscles de la face ou des membres; les deux bras ont conservé, sans subir le moindre déplacement, l'attitude qu'on leur a donnée et qu'ils gardent depuis plusieurs minutes.

Deux minutes plus tard, la pose est toujours la même; les yeux sont largement ouverts, un peu injectés; le visage est immobile, le pouls comme avant l'expérience, la respiration parfaitement libre; l'opérée est toujours insensible. On soulève le talon gauche, qui reste suspendu en l'air. L'état cataleptique des membres supérieurs persiste.

M. Broca enlève le corps brillant, qui avait toujours été maintenu devant les yeux; il fait sur les paupières une friction légère et une insufflation d'air froid. L'opérée exécute quelques petits mouvements. On lui demande si on lui a fait quelque chose, elle répond qu'elle n'en sait rien; les trois membres restent encore dans les attitudes qu'on leur a données. Nouvelle piqûre sur le bras gauche, qui n'est point perçue.

Dix-huit minutes après le début de l'expérience, douze minutes après l'opération, nouvelle friction, nouvelle insufflation sur les paupières. Réveil presque subit. Les membres en catalepsie retombent tous à la fois. La malade se frotte les yeux et reprend connaissance. Elle ne se souvient de rien et s'étonne d'avoir été opérée. Son état est comparable, jusqu'à un certain point, à celui des individus qui sortent du sommeil anésthésique ordinaire. Toutefois, le réveil a été beaucoup plus prompt, sans agitation et sansloquacité.

L'anésthésie a duré au moins de douze à quinze minutes.

Cette même malade a été placée une seconde fois dans l'hypnotisme. Ce résultat a été obtenu très-rapidement; au bout de deux minutes, les membres supérieurs ont pu être placés dans l'état cataleptique, et la malade n'a point senti des piqûres d'épingles faites au bras droit. Le réveil spontané a été prompt, et il ne s'est manifesté aucun nouveau phénomène.

Les autres faits que nous allons rapporter se sont également passés dans le service de M. Follin.

Une jeune fille de dix-neuf ans, Anna F***, opérée d'une tumeur lacrymale, aujourd'hui presque guérie, a été soumise quatre fois à l'hypnotisme. Dans les quatre expériences, les choses se sont passées de la même manière. On a placé une spatule à 15 centimètres en avant et au-dessus des yeux; la malade a fixé cet objet, et, au bout d'une ou de deux minutes, état cataleptique des membres, sommeil avec ronflement, insensibilité complète aux piqûres et au pincement de la peau, ainsi qu'à l'action d'une barbe de plume introduite dans les narines. La malade a été réveillée par de petites frictions, et par l'insufflation de l'air froid dans les yeux.

Deux tentatives d'hypnotisme ont été faites par MM. Azam et Follin sur une jeune fille de dix-huit ans, entrée à la salle Sainte-Marie pour un léger mal de pied. Les résultats de cette expérience n'ont pas été aussi satisfaisants que les précédents; mais, chaque fois, la malade a éprouvé un ralentissement notable du pouls, un état cataleptique léger, et un peu d'anésthésie.

Deux autres expériences, suivies de résultats très-positifs, ont été faites le 8 décembre, par M. Azam, dans le même service. Chez une première jeune femme, la catalepsie a commencé au bout d'une minute et demie; et, au bout de deux ou trois minutes, la catalepsie et l'anésthésie étaient complètes. Cette femme était insensible aux pincements et aux piqûres, et elle est restée sur une chaise, les deux bras levés, les doigts écartés, le membre inférieur gauche soulevé au-dessus du sol, en un mot, dans une position des plus fatigantes. On l'a réveillée au bout de cinq minutes.

Sur une autre femme, atteinte de chorée, l'anésthésie a été complète en moins de dix minutes; mais il ne s'est pas produit chez elle de phénomènes cataleptiques; on a constaté, au contraire, une résolution musculaire presque complète qui a obligé à la soutenir. Cette malade est restée anésthésique pendant sept minutes; à son réveil, elle n'avait aucune conscience de ce qui venait de se passer.

Une expérience semblable a été faite dans les salles de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, chez une jeune fille qui était depuis long-

temps dans le service pour des vertiges épileptiques. Au bout d'une minute et demie, on a pu impunément la piquer, lui chatouiller la plante des pieds, la pincer; elle était complétement anesthésiée, et de plus cataleptique. Les membres conservaient les diverses positions qu'on leur imprimait. L'expérience, répétée le lendemain, a produit les mêmes résultats, avec cette différence toutefois que le sommeil a été obtenu beaucoup plus rapidement encore.

Nous avons appris qu'un grand nombre d'autres expériences avaient été faites dans divers hôpitaux, notamment dans le service de M. Velpeau, à la Charité, dans celui de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis, et à la Clinique dans les salles de M. Nélaton, etc. Les succès ont été presque partout les mêmes, tant que les expériences ont été faites chez des femmes jeunes, des jeunes filles ou des enfants; mais elles ont presque constamment échoué au contraire chez les hommes; c'est, du reste, ce que M. Azam avait déjà constaté lui-même.

On peut voir déjà, par ces premiers résultats, que si cette nouvelle méthode est susceptible d'applications utiles à la pratique de la chirurgie, ce ne sera que dans des limites assez restreintes, et qu'il est peu probable qu'elle puisse jamais être généralisée. Mais dans ces limites même, ce serait déjà une assez heureuse innovation, si l'avenir venait à démontrer que cette pratique est exempte de danger. C'est ce que des expériences plus nombreuses nous apprendront.

Bons effets des cautérisations avec la potasse caustique et la poudre de Vienne, dans les affections squammeuses chroniques de la peau. — On connaît le caractère rebelle des éruptions squammeuses de la peau et la facilité malheureuse avec laquelle elles récidivent. Il n'y a donc pas lieu d'être étonné des tentatives nombreuses et souvent très-hardies qui ont été mises en œuvre pour en débarrasser les malades. L'emploi de l'arsenic, qui se fait sur une si grande échelle aujourd'hui, les cautérisations avec le nitrate d'argent et les pommades de protoiodure et de deutoiodure de mercure, sont là pour prouver que nous n'exagérons rien, lorsque nous disons que les médecins se sont trouvés conduits à oser beaucoup dans cette maladie. Il n'en est pas moins vrai qu'il est encore des cas rebelles à ces moyens si énergiques, et c'est en vue de ces cas rebelles qu'un des médecins les plus savants et les plus prudents à la fois des départements, M. le professeur Gintrac, a songé à employer la potasse caustique et la poudre de Vienne dans le but de désorganiser les couches

superficielles du derme, et l'on va voir, par les observations que nous empruntons à sa Pathologie clinique, que l'événement a pleinement répondu à son attente.

Obs. I. Jeune fille de dix-huit ans, lingère, d'un tempérament sanguin, d'une faible constitution jusqu'à l'âge de dix ans, réglée à treize ans et aménorrhéique pendant une année. Dès l'âge de huit ans, petit cercle rouge et saillant sur la fesse gauche ; ce cercle s'étendit peu à peu, en se couvrant d'écailles successivement renouvelées. Pendant dix ans d'un accroissement graduel, la fesse dans toute son étendue et le cinquième supérieur de la cuisse avaient été envahis. L'exanthème avait dépassé en arrière la ligne médiane et avait gagné la fesse droite. Depuis six mois le cercle était divisé en plaques isolées. Un prurit intense avait constamment accompagné cette dermatose et un suintement s'était souvent établi à la circonférence ou sous les squammes, qui alors se détachaient plus aisément.

Lorsqu'elle entra à l'hospice Saint-André, le 25 décembre, le cercle décrit sur la région pelvi-trochantérienne gauche et sur la cuisse avait 29 centimètres de haut en bas et 31 dans le sens transversal : il formait une bande de 3 à 4 centimètres de largeur. Dans le centre, la peau, revenue à un état presque normal, était recouverte de petites squammes très-minces analogues à celles du pityriasis. Le cercle était formé de plusieurs plaques allongées, distinctes, irrégulières ; la peau y était épaissie et rouge, les squammes dures, sèches, adhérentes. Etat général satisfaisant.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'aux premiers jours de mars, la malade fut soumise à un traitement consistant en cataplasmes émollients sur la partie affectée, cautérisation avec le nitrate d'argent, bains sulfureux, bains avec le sublimé, pilules asiatiques, cérat soufré ; les squammes se refermaient sans cesse. Alors M. Gintrac prescrivit l'application successive de couches très-minces de pâte de Vienne sur toutes les plaques du psoriasis. Il en résulta une série d'escarres larges et assez épaisses. Les douleurs très-vives furent calmées par les cataplasmes et les hypnotiques ; il n'y eut pas de fièvre. A mesure que les escarres se détachaient, les surfaces ulcérées étaient saupoudrées avec le calomel. L'aspect de ces surfaces était devenu meilleur : on y apercevait des granulations rougeâtres d'où s'écoulait une abondante suppuration. (Bains de sublimé alternés avec les bains émollients.) Bientôt les bourgeons charnus s'élevèrent, et il fallut même les réprimer avec le crayon de nitrate d'argent. Plusieurs plaques, qui n'avaient pas été suffisamment cautérisées, le furent de nouveau avec la pâte de Vienne, dans le courant d'avril. Les escarres se détachèrent, il se forma une abondante suppuration. Quelques points du centre des plaques ayant paru encore durs et réfractaires, une troisième application de caustique de Vienne fut faite pour compléter la seconde.

Vers le milieu de juin, on remarqua que les surfaces ainsi renouvelées étaient moins rouges, suppuraient à peine et ne se recouvraient que de squammes fort minces. (Bains sulfureux.) En juillet, un épiderme normal recouvrait quelques points, mais en d'autres

il prenait encore l'aspect écailleux, au niveau de quelques indurations circonscrites. Un crayon de potasse caustique fut momentanément apposé sur ces points, qu'on recouvrit ensuite de cataplasmes de riz. Cette fois les squammes ne se représentèrent point : une cicatrice solide se forma ; il resta toutefois, pendant quelque temps, sur tous les points énergiquement cautérisés, une rougeur assez prononcée, qui avait beaucoup diminué au moment de la sortie de la malade, le 7 septembre.

Obs. II. Jeune fille de vingt-deux ans, couturière, bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans, fille d'une mère dartreuse, ayant eu dans son enfance des affections cutanées de même nature. La présence d'un vésicatoire au bras gauche est devenue l'occasion de l'apparition de squammes de plus en plus épaisses à la circonférence du vésicatoire. Cette sorte d'anneau ellipsoïde, s'élargissant dans tous les sens, envahit le bras et une partie de l'avant-bras. A l'âge de dix-sept ans, sans cause connue, éruption semblable sur le bras droit, également composée de plaques couvertes de squammes épaisses, sèches, d'un blanc grisâtre. Ces affections cutanées avaient toujours progressé, mais fort lentement. A l'âge de vingt ans, de petits abcès, de la grosseur d'un pois, avaient commencé à se former successivement au côté interne et au-dessous du coude gauche, au-devant et au-dessous de l'oreille gauche, sur l'épaule du même côté ; enfin deux autres s'étaient formés sous le menton, près de la ligne médiane.

A son entrée à l'hôpital, le 14 mars, on ouvrit quelques-uns des petits abcès, qui fournirent un fluide jaunâtre, purulent. Croûtes de psoriasis sur le lobe du nez. La chute des squammes, à la suite de bains simples, découvre des surfaces rouges dénudées, faisant une saillie marquée au-dessus du niveau de la peau, devenant bientôt sèches et rudes au toucher, puis se couvrant de nouvelles écailles. (Bains au carbonate de soude.) Plusieurs abcès sont ouverts. (Potion avec alcoolature d'aconit, bains de sublimé, pommade de goudron.)

En mai plusieurs abcès étaient guéris, d'autres présentaient des ulcérations creuses et à bords arrondis. Le crayon de potasse est appliqué sur le psoriasis du nez et à diverses reprises sur ceux du bras. En juin, les deux tumeurs mentonnières s'ouvrent. (Bains sulfureux, pilules altérantes.) Quelques surfaces atteintes par le psoriasis tendent à se cicatriser. En juillet, la potasse est passée de nouveau plusieurs fois, lentement et avec une légère pression, sur les bras et, de plus, sur l'aile gauche du nez, où le psoriasis s'est manifesté. Après la chute des escarres, on remarque moins de dureté et un meilleur aspect des surfaces ; elles sont lisses, régulières et de couleur rosée. Les ouvertures des abcès se sont fermées et présentent des cicatrices solides. Etat général meilleur. Dans le mois d'août, mouvement fébrile et quelques symptômes d'irritation gastrique ; on suspend le traitement actif. (Bains simples, calomel sur les points cautérisés.) Amélioration notable, travail progressif de cicatrisation solide sur presque toute l'étendue des plaques. La

malade quitte l'hôpital le 19 août ; elle continue longtemps les bains sulfureux. Revue deux ans après par M. Gintrac, elle était délivrée de son psoriasis et enceinte de six mois.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anévrisme de l'aorte (*Guérison apparente d'un*) *par le repos principalement et par l'abstinence*; *mort par rupture du sac trois ans après.* Le fait suivant est bien de nature à prouver à quels résultats remarquables on peut arriver, même dans les cas les plus graves, pourvu que les malades se soumettent rigoureusement au traitement et surtout à un repos prolongé et à l'abstinence ; mais il établit en même temps que ces guérisons ne sont pas toujours définitives, et qu'il dépend des malades de perdre tout le fruit de leurs efforts en renonçant trop tôt aux précautions nécessaires.

M. le docteur S. Solly fut appelé, le 5 octobre 1855, auprès d'un capitaine âgé de trente ans, jadis d'une forte constitution, aujourd'hui pâle et amaigri, qui était en proie à des douleurs très-vives à la région épigastrique, douleurs qui n'augmentaient pas par la pression, mais qui devenaient insupportables dès que le malade se couchait sur le dos. Ces douleurs avaient commencé quatre ans et demi auparavant, à la suite d'une chasse à courre sur un cheval jeune et difficile, et depuis cette époque sa santé n'avait jamais été très-bonne. Toutefois les douleurs dans le dos n'étaient devenues très-vives que plusieurs années après et surtout pendant les derniers six mois. Nausées, vomissements de temps en temps, douleurs d'estomac après l'ingestion des aliments. Les douleurs remontaient quelquefois jusque dans la poitrine. L'existence d'une tumeur pulsatile un peu au-dessous de l'ombilic ou à la bifurcation de l'aorte, les battements qui avaient le caractère tout à fait expansif, un bruit de soufflet très-fort ne permettaient pas de douter de la présence d'un anévrisme de l'aorte.

Pour calmer les douleurs atroces, qui résidaient dans le dos principalement, il fallut employer le chloroforme, appliquer sur la colonne vertébrale des vésicatoires volants, qui furent pansés avec la morphine, donner en lavements des opiacés, et par la bouche administrer la créosote et le sulfate de quinine, afin de calmer les maux d'estomac.

Au mois de janvier suivant, il y avait déjà de l'amélioration dans l'état du malade : on songea à employer le repos absolu dans la position horizontale et l'abstinence. A partir du 12 janvier, le malade fut tenu étendu sur un sofa, le dos appuyé sur une partie articulée, qui permettait de changer la position sans mouvement de sa part. L'alimentation fut réduite à 4 onces de viande, 8 onces de pain, 3 onces de fruits et de végétaux et 24 onces d'eau ou de thé, sans aucun stimulant. Le 20 avril, le malade était soumis depuis neuf semaines au traitement ; les battements paraissaient moins distincts, mais plus diffus, le bruit de soufflet moins fort mais plus étendu. Le malade alla habiter Douvres, et le 25 mai on découvrait à peine des battements au-dessous de l'ombilic et pas de battements dans les artères iliaques externes ou fémorales. Vers le milieu de juin, on lui permit un peu de bière et on commença à se relâcher du régime rigoureux adopté jusque-là. Malheureusement pour le malade, il eut la fâcheuse idée d'accepter une partie de yacht pour se rendre à Lymington, et par suite de la fatigue les douleurs reprirent dans le dos avec une telle intensité qu'il fallut en venir de nouveau à des vésicatoires pansés avec de la morphine sur la région lombaire. La tumeur cependant non-seulement n'avait pas augmenté, mais avait beaucoup diminué ; les battements étaient moins distincts et le bruit plus faible. A la fin d'août, à part une grande faiblesse dans le dos, le malade se trouvait si bien qu'il se rendit à Cheltenham et, passant par Londres, il consulta plusieurs médecins et chirurgiens, qui lui affirmèrent qu'il n'avait jamais eu d'anévrisme. Depuis ce moment, le malade reprit toutes ses anciennes habitudes, montant à cheval, chassant, lorsqu'au commencement d'août 1859 il fut repris de douleurs vives dans le dos

et dans l'abdomen ; les battements furent constatés dans la tumeur avec le bruit de souffle. Le 8 août, la mort eut lieu subitement, au milieu des symptômes d'une anémie profonde. L'autopsie montra que l'anévrisme de l'aorte abdominale s'était rompu immédiatement au-dessus de la bifurcation, au-dessus de l'origine de l'artère iliaque gauche ; cet anévrisme n'avait plus que quatre pouces de long sur deux ou trois de largo. (*The Lancet*, novembre 1859.)

Calorification. *Son influence favorable dans le traitement de la dyssenterie.* L'épidémie de diarrhée et de dyssenterie qui a régné d'une manière si générale pendant le cours de l'été et de l'automne derniers a provoqué un assez grand nombre de communications, où sont rappelés les divers moyens de traitement les plus usuels et les plus efficaces. Parmi ces nombreux moyens, il en est un, en particulier qui, par sa simplicité autant que par son utilité réelle, mérite en effet d'être rappelé, bien qu'il semble au premier coup d'œil de la plus grande banalité; nous voulons parler de la calorification du ventre. Voici quelques faits extraits d'une communication faite à la Gazette des hôpitaux par M. le docteur Laforgue, médecin-major du 40e de ligne, en garnison à Rome : ils témoignent de l'utilité de ce moyen si simple.

Dans le trimestre de juillet, août et septembre de cette année, il s'est produit à Rome, dans le 40e de ligne, 545 cas de diarrhée ou de dyssenterie, tous suivis de guérison. M. Laforgue attribue cette bénignité de la maladie à la calorification du ventre employée dès le début. Chaque fois qu'un malade atteint de diarrhée ou de dyssenterie se présentait à la visite, on exigeait rigoureusement qu'il maintînt sa flanelle appliquée sur le bas-ventre, et on veillait à ce qu'il la gardât jour et nuit. De plus, pendant toute la durée de l'épidémie, on mettait à la disposition des malades une grande quantité de décoction de racine de réglisse constamment chaude et aromatisée avec de la menthe sauvage, ou avec de la feuille fraîche d'oranger. Sans doute on administrait en même temps l'ipéca associé ou non à l'émétique, les sels de soude et l'opium. Mais en comparant les résultats obtenus par l'emploi combiné de ces deux ordres de moyens avec ceux que donnait en d'autres mains l'emploi seul de ces derniers, sans le concours de la calorification, M. Laforgue est resté convaincu que ceux-ci n'avaient été tout au plus que des adjuvants plus ou moins utiles, mais qu'en réalité le bénéfice de la médication devait être attribué principalement à la chaleur.

M. Laforgue rappelle, à cette occasion, qu'en 1849, à Lyon, le choléra, par une de ces bizarreries dont il a donné tant d'exemples, frappait le 10e régiment de ligne (auquel il était attaché alors comme aide-major), tandis qu'il épargnait la population de la ville et les autres corps de la garnison. Plus de la moitié des hommes de ce régiment étaient atteints de diarrhée. Rien n'y remédiait, ni les mesures hygiéniques ou sanitaires, ni les traitements usuellement employés. Il eut l'idée de conseiller une feuille de ouate appliquée sur le ventre. Dès le lendemain, tous les diarrhéiques étaient pourvus par ordre d'une bonne feuille de ouate. Les soldats adoptèrent avec empressement ce moyen, dont ils reconnurent tout de suite les bons effets. Après trois ou quatre jours, il n'y avait plus de malades, l'épidémie était vaincue. On sait que ce moyen, adopté d'une manière générale en Afrique, pendant les épidémies dyssentériques, y a rendu de bons services. Mais il n'était pas inutile de le rappeler à cette occasion à l'attention des praticiens. (*Gazette des Hôpit.*, novembre 1859.)

Chlorate de potasse (*L'administration du*) *est-elle toujours sans inconvénient?* Telle est la question que s'est posée un médecin anglais, M. Henry Osborne, et dont la solution semblerait devoir être affirmative, si nous nous en tenions à tout ce qui a été publié en France et à ce que nous avons publié nous-même sur ce sujet. Peut-être cependant y a-t-il lieu de ne pas conclure d'une manière trop absolue si, comme l'affirme M. Osborne, il a vu beaucoup de cas dans lesquels des phénomènes de congestion cérébrale l'ont contraint d'en suspendre l'emploi, si des convulsions chez les enfants l'ont obligé également d'y renoncer, si enfin les expériences qu'il a faites sur lui-même ne peuvent pas expliquer les mauvais résultats qu'elles ont entraînés par une idiosyncrasie véritable. M. Osborne dit avoir pris une première fois une seule dose de 5 grains dissous dans l'eau et avoir éprouvé une sensation de congestion vers la tête, avec céphalalgie frontale.

Même expérience quelques semaines après avec 10 grains; mêmes symptômes qui ont continué pendant deux jours. Quelques mois après, troisième expérience avec 15 grains pris en une seule fois dans un verre d'eau. Légère salivation, suivie d'une congestion cérébrale portée si loin, que la moitié de la face, de la tête et du nez était comme paralysée. Ces symptômes continuèrent pendant deux jours et disparurent peu à peu. Le goût était perdu et M. Osborne ne pouvait plus distinguer la saveur des aliments; les muscles du palais étaient comme contractés, et la muqueuse de la bouche et de la gorge comme tannée. M. Osborne conclut de ces expériences et de son observation que le chlorate de potasse est contre-indiqué dans les maladies accompagnées de fièvre inflammatoire et dans tous les cas où il y a tendance à l'hydrocéphale aiguë chez les enfants. Nous n'acceptons sans doute qu'avec réserve les résultats de cette observation, qui ne nous paraît pas assez étendue pour qu'on doive lui accorder une bien grande confiance, mais nous n'en devons pas moins appeler l'attention des médecins sur la possibilité de la contre-indication du chlorate de potasse dans certains cas. (*The Lancet*, octobre 1859.)

Chute du rectum. *Guérison spontanée par sphacèle de la partie herniée.* Dans les chutes anciennes du rectum, lorsque la partie herniée s'est hypertrophiée et indurée considérablement, il peut être nécessaire, si la réduction est absolument impossible, de pratiquer le retranchement de cette partie, soit par la ligature, soit par tout autre procédé. La nature nous fournit quelquefois, dans les cas de ce genre comme dans bien d'autres, l'exemple que nous devons suivre et imiter. Ainsi, un vieillard âgé de soixante-deux ans entrait, il y a quelque temps, à l'hôpital Sainte-Marie, dans le service de M. Coulson, pour un prolapsus ancien du rectum qui était irréductible et qui était devenu très-douloureux pendant la semaine qui avait précédé son entrée à l'hôpital. Une tumeur lobulée, turgescente, dure et enflammée, du volume d'une petite orange, se montrait à l'anus; il n'y avait pas d'hémorroïdes ni de rétention d'urine. Tiraillements très-douloureux dans cette partie et douleur très-vive dans la défécation. Des applications émollientes, des laxatifs, la position élevée furent employés pour soulager la douleur. Rien n'y fit : la tumeur ne tarda pas à se gangrener, et en une semaine tout le bourrelet membraneux se détachait, et ce détachement était suivi d'une prompte et parfaite guérison. (*The Lancet*, décembre 1859.)

Electrisation *de l'utérus pour le redressement de l'inflexion utérine.* Au milieu des nombreuses applications que l'on a faites de l'électricité, dans ces dernières années, on est étonné de ne rencontrer aucun essai de l'emploi de cet agent dans les affections de l'utérus. Cette idée s'est présentée tout récemment à l'esprit de M. le docteur Fano, et les résultats qu'il en a obtenus lui ont paru tellement avantageux, qu'il n'a pas hésité à les porter à la connaissance de ses confrères. C'est jusqu'ici exclusivement pour les flexions de l'utérus qu'il a recouru à ce moyen. Voici comment il y a procédé.

M. Fano s'est servi à cet effet de l'appareil Legendre et Morin. Dans le but de porter l'un des pôles de l'instrument sur le col de l'utérus, il a fait confectionner une tige de cuivre longue de 20 centimètres, terminée à l'une des extrémités par un bouton olivaire du même métal, et de l'autre par un renflement cylindrique creux, muni intérieurement d'une vis propre à être adaptée à l'un des réophores. La tige est recouverte dans toute son étendue, le bouton olivaire terminal excepté, d'une gaîne isolante en caoutchouc vulcanisé. La malade est placée sur un lit suffisamment élevé, le siége rapproché du bord, les cuisses fléchies sur le bassin. Le chirurgien s'assure au préalable, par le toucher vaginal, de la situation du col utérin, et introduit un spéculum à trois valves dans le vagin. Dès que le col de l'utérus est compris dans l'aire de l'instrument, il confie ce dernier à un aide. Il conduit alors la tige jusque sur le col de l'utérus, et maintient invariablement le bouton olivaire de l'instrument à la même place. Le second réophore doit être appliqué sur une des régions inguino-pubiennes, dans le voisinage du ligament rond. Il faut aussi graduer l'intensité du courant électrique, commencer par un courant faible, pour passer ensuite à un courant plus fort. Dans tous les cas, M. Fano n'a pas prolongé l'électrisation au delà de cinq minutes chaque fois. Quelques malades ont supporté cette opération avec facilité ;

d'autres se sont débattues quand le courant était très-fort ; mais toutes, selon M. Fano, s'y sont habituées dès la seconde séance. Le col, touché immédiatement après la séance d'électrisation, a été trouvé manifestement beaucoup plus dur qu'avant.

Est-il indifférent d'appliquer le réophore sur tel ou tel point du col utérin ? L'espèce de flexion dont l'utérus est atteint ne doit-elle pas faire modifier le lieu d'application ? « Jusqu'ici, dit M. Fano, j'ai presque toujours placé le bouton terminal de la tige indifféremment, soit au niveau même de l'ouverture du museau de tanche, soit sur l'une des lèvres qui circonscrivent cette ouverture. » Toutefois, l'étude de la disposition des fibres musculaires de l'utérus lui semble de nature à faire modifier le lieu d'application, suivant qu'il s'agit d'une antéflexion ou d'une rétroflexion. Il y a là une question pratique qui ne pourra être résolue que par l'expérience.

M. Fano rapporte à l'appui de ce qui précède quatre observations : l'une d'antéflexion de l'utérus redressée en deux séances d'électrisation ; la seconde de rétroflexion, avec abaissement de la totalité de l'organe, redressée en quatre séances ; la troisième d'antéflexion, redressée totalement dans la première séance ; et la quatrième d'antéflexion avec augmentation de volume du corps. Dans ce dernier cas, sous l'influence de séances multipliées d'électrisation, il y a eu conversion de l'antéflexion en antéversion, puis guérison complète. (*Union médic.*, novembre 1859.)

Inhalation d'hydrogène antimonié *dans les phlegmasies pulmonaires.* Les préparations d'antimoine usitées dans le traitement des phlegmasies pulmonaires produisent souvent des phénomènes qui s'opposent soit à leur administration, soit aux effets que l'on en attend. Les inhalations d'hydrogène antimonié, inusitées jusqu'ici, sont, d'après M. le docteur Hannon, exemptes de cet inconvénient. Par ces inhalations, la marche de la maladie se simplifie et le traitement est plus facile. La tolérance a toujours lieu, l'action de l'antimoine se localise pour ainsi dire, et l'appareil vasculaire des organes respiratoires semble seul prendre part à l'action du médicament. La saignée est rarement nécessaire, la guérison est prompte et la convalescence est de courte durée.

Pour administrer ce médicament, on place le mélange d'alliage de zinc et d'antimoine, et de tartre stibié ou de chlorure d'antimoine, d'où doivent se dégager les vapeurs d'hydrogène antimonié, dans un flacon à large tubulure, et l'on y ajoute, d'heure en heure, quand le malade doit inspirer le gaz, 2 ou 3 grammes d'acide chlorhydrique, jusqu'à ce que 30 grammes d'acide soient employés. (Voir, pour le mode de préparation de l'hydrogène antimonié, l'article *Pharmacie*.) Des vapeurs chlorhydriques se dégagent en même temps ; il est convenable, pour soustraire le malade à leur effet, de boucher le goulot au moyen d'une éponge mouillée d'une solution alcaline, destinée à absorber les vapeurs acides. A cette éponge doit être attaché un bout de ficelle, afin de pouvoir la retirer après l'inhalation, dont la durée est de cinq minutes par heure. L'éponge, bien entendu, doit permettre à l'hydrogène antimonié de la traverser. On peut laisser après cela le flacon débouché. Le gaz se dégage dans la chambre du malade et celui-ci, outre le gaz absorbé pendant l'inhalation, respire le gaz mêlé à l'air de la chambre. On peut encore se servir d'un flacon à deux tubulures : par l'une, à laquelle on adapte l'éponge, le malade aspire ; par l'autre, on verse l'acide sur le mélange médicamenteux ; cette dernière se ferme à l'aide d'un bouchon.

On prescrit l'hydrogène antimonié à dose variable, suivant l'âge du malade ; dès que la fièvre est calmée, on en diminue la quantité et on la réduit graduellement, à mesure que le malade avance dans la convalescence. La dose diminuera d'un quart, puis d'un demi, puis de trois quarts, à mesure qu'on se relâchera de la sévérité de la diète imposée au malade.

D'après M. Hannon, peu d'agents antiphlogistiques sont aussi puissants que l'hydrogène antimonié dans la pneumonie, la bronchite capillaire avec fièvre et certains accès d'asthme. Il pense qu'administré dans les circonstances convenables, ce moyen peut rendre aussi de grands services dans la phthisie. La respiration n'en est, dit-il, nullement gênée, bien que le nombre des inspirations diminue promptement. Le pouls s'affaiblit, se ralentit et devient parfois irrégulier. Les nausées, les vomituritions, la diaphorèse sont nulles, et la sécrétion

urinaire augmente. Enfin l'action de l'hydrogène antimonié est d'autant plus puissante que l'économie est soumise à un régime plus sévère. On voit même survenir alors quelques symptômes généraux assez marqués, bien que, dans la plupart des cas, l'action de l'antimoine semble localisée par les inhalations du gaz. L'appareil circulatoire des poumons, ajoute M. Hannon, prend seul part à l'action du médicament : les points de côté, s'il en existe, cessent; l'expectoration devient plus facile, les crachats visqueux et rouillés se liquéfient et se décolorent; les accidents fébriles cèdent dans l'espace de deux à trois jours, et la guérison survient beaucoup plus rapidement par l'hydrogène stibié que par tous les autres moyens indiqués jusqu'à ce jour. (*Presse méd. Belge*, novembre 1859.)

Opium *à doses élevées pour combattre l'hémoptysie.* L'emploi de l'opium dans le traitement des hémorrhagies est loin d'être une pratique nouvelle; les indications en ont été formulées depuis longtemps dans la plupart des traités de médecine pratique ou de thérapeutique. Mais, comme bien d'autres choses en médecine, ces indications ont été un peu perdues de vue, et les bons effets de cette médication assez oubliés, pour qu'on ait pu croire innover en la recommandant de nouveau. Sans remonter aux sources bibliographiques, et pour ne citer que ce qui est tout près de nous et sous notre main, nous rappellerons les deux mémoires que MM. Max Simon et Forget (de Strasbourg) ont publiés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, en 1843 et en 1844, le premier sur l'hémorrhagie utérine dans ses rapports avec la mobilité nerveuse, et les bons effets des opiacés lorsque cette affection morbide se lie à cette condition physiologique spéciale; et le second sur l'opium dans le traitement de l'hémoptysie. Nous emprunterons seulement à ce dernier le passage suivant où sont formulées des indications qui s'appliquent plus particulièrement au cas qui va nous occuper.

L'opium, dit M. le professeur Forget, convient chez les sujets nerveux et de constitution peu pléthorique, alors que la congestion et la réaction sont nulles ou modérées ; — dans les cas où l'hémoptysie paraît se produire sous l'influence d'une vive irritabilité générale ou locale, sans prédominance de l'élément inflammatoire ; — même chez les sujets robustes et dans les cas de phlegmasie, alors que la réaction est peu prononcée et que le flux sanguin paraît sinon provoqué, du moins entretenu par la toux, la douleur, l'agitation, l'insomnie, etc.

Loin de prétendre atténuer par ces citations la valeur du fait suivant, nous ne les rappelons, au contraire, que pour mieux en faire ressortir l'intérêt par sa concordance avec les préceptes formulés dans la science et la nouvelle confirmation qu'il leur apporte.

Deux tuberculeux atteints d'hémoptysie, une femme et un jeune homme, étaient en traitement dans le service de M. Béhier à l'hôpital Beaujon ; on avait opposé sans succès à l'hémoptysie le ratanhia, puis le perchlorure de fer à l'intérieur, lorsque M. Béhier eut l'idée d'employer l'opium, en commençant par 25 et même 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures. L'hémorrhagie s'arrêta promptement, et de plus il survint une amélioration générale marquée dans la maladie. M. Béhier a signalé notamment à l'attention ce double effet de l'opium, qui, dans ces deux cas particuliers, ne produisit ni narcotisme ni contraction de la pupille, quoique la dose de ce médicament eût été portée jusqu'à 50 centigrammes.

Nous ferons remarquer, toutefois, comme constituant plus particulièrement l'intérêt de ces deux faits, l'heureuse hardiesse avec laquelle M. Béhier a donné d'emblée l'opium à haute dose; hardiesse justifiée d'une part par le résultat, et appuyée sur les expériences récentes à l'aide desquelles ce médecin a formulé la loi d'antagonisme entre l'opium et la belladone et signalé ainsi une ressource nouvelle en cas de danger de narcotisme. (*Bulletin de la Société médicale des hospices*, 1859.)

Paralysie *grave des muscles extenseurs de la colonne vertébrale, etc., guérie par l'électricité et la gymnastique suédoise.* On aura quelque idée de la gymnastique *suédoise* par l'indication même des exercices exécutés par la malade dont il est ici question; nous regrettons, toutefois, que l'auteur, le docteur Eulenburg, n'entre pas, au sujet de ces exercices, dans de plus grands détails.

Obs. Mélanie de Sceliska, âgée de quinze ans, fut prise, à l'âge de douze ans, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, de convulsions

générales qui se répétèrent deux fois, durant plusieurs heures, sans perte de connaissance, sans fièvre, et qui laissèrent à leur suite, au dire des parents, une paralysie des muscles du tronc et des extrémités inférieures. Plusieurs saisons faites à Wiesbaden, Wildbad, Franzesbad et Gastein, divers traitements externes et internes furent employés sans succès contre cette paralysie.

Quand M. Eulenburg entreprit le traitement de cette malade, les muscles des gouttières vertébrales et les fessiers étaient complétement paralysés et atrophiés. L'atrophie était surtout remarquable au sacro-lombaire, etc., du côté droit, dont la saillie normale était remplacée par une excavation très-prononcée. Les grands dorsaux et les carrés des lombes étaient intacts, mais les muscles droits de l'abdomen paraissaient être paralysés. Les muscles nommés plus haut ne se contractaient en aucune façon sous l'influence de l'électricité.

La malade ne pouvait ni se tenir debout, ni marcher, ni se tenir assise. Quand on essayait de la mettre sur son séant, le tronc tombait en avant, en formant une courbe en cyphose très-prononcée à laquelle la malade ne pouvait imprimer le plus léger redressement, et où les apophyses épineuses se dessinaient avec un écartement considérable. Pour ne pas tomber, la malade était obligée de reposer horizontalement sur le dos et sur toute la face postérieure des cuisses.

Lorsqu'on la soutenait dans l'attitude verticale, elle ne pouvait ni marcher, ni même exécuter un mouvement quelconque avec les extrémités inférieures. Quand elle était couchée, elle pouvait leur imprimer, quoique faiblement, la plupart des mouvements normaux; de tous ces mouvements, le plus limité était l'abduction des cuisses. Les extrémités inférieures étaient un peu atrophiées.

Les autres mouvements se faisaient assez bien, la sensibilité était intacte partout, toutes les autres fonctions se faisaient normalement, sauf l'évacuation des matières fécales, qui nécessitait invariablement l'emploi de substances purgatives.

M. Eulenburg soumit la malade à un traitement par l'électricité et la gymnastique suédoise. La faradisation des muscles paralysés fut faite tous les jours pendant dix minutes, à l'aide de l'appareil à induction de M. Dubois-Reymond; ce ne fut qu'au bout de huit semaines qu'elle provoqua quelques contractions.

Les séances quotidiennes de gymnastique furent de quatre heures par jour, deux le matin et deux dans l'après-midi. Ces exercices étaient extrêmement pénibles au début; M. Eulenburg les dirigea lui-même pendant toute la durée. Voici en quoi ils consistaient : on lit d'abord exécuter passivement les mouvements dévolus aux muscles paralysés, en invitant la malade à contracter en même temps les muscles voisins, pour provoquer des contractions synergiques des premiers. On utilisa ainsi les mouvements des extrémités; pour rétablir ceux des extrémités inférieures dans l'attitude verticale où ils étaient impossibles, il fallut faire soutenir la malade en l'air dans cette attitude. Après six semaines d'efforts soutenus, pendant lesquels on avait été plusieurs fois sur le point de renoncer au traitement, la malade parvint enfin à soulever un pled posé par terre; puis les autres mouvements se rétablirent successivement avec une lenteur extrême, et la malade quitta l'établissement, complétement guérie, cinq mois après le début du traitement. (*Archiv für pathologische Anatomie* et *Gaz. hebd.*, novembre 1859.)

Spasme de la glotte, *guérison à l'aide d'applications endermiques de morphine.* C'est sous deux points de vue différents que se recommande le fait suivant rapporté par M. le docteur Ch. Bernard à la Société médicale des hôpitaux : sous le point de vue pathologique, comme un exemple rare chez l'adulte d'une affection qui est en quelque sorte spéciale à l'enfance, le spasme de la glotte; et sous le point de vue thérapeutique, qui nous intéresse plus spécialement ici. Il s'agit d'une application heureuse à ce cas insolite de l'emploi des agents narcotiques par la méthode endermique.

Voici le fait :

M. B***, âgé de cinquante-deux ans, d'une santé très-délicate, était depuis quelque temps sujet à des accidents nerveux mal définis, qui l'ont obligé à cesser de bonne heure ses affaires et ses occupations habituelles, lorsqu'au milieu de la nuit du 3 au 4 juin dernier, il fut pris d'un violent accès de suffocation qui le jeta dans une angoisse et une terreur extrêmes. Ces accès se sont renouvelés toutes les nuits, du 3 au 14 juin, ressemblant tous par leur caractère, leur intensité et leur durée, à des accès de spasme

glottique ou de laryngite striduleuse. Ils commencent par une inspiration très-rauque un peu prolongée, suivie de quelques autres plus courtes et entrecoupées ; puis la respiration s'arrête : alors le malade est en proie à une anxiété extrême ; il s'agite; le corps est pris de quelques mouvements convulsifs. La tête se renverse en arrière ; le malade fait de violents et inutiles efforts pour respirer. La face pâlit. Après dix ou quinze secondes de durée, tout rentre dans l'ordre. Toutes les nuits le malade avait un ou deux de ces accès, se manifestant pendant le sommeil.

Du 5 au 13, le traitement avait consisté en des préparations d'opium et de belladone données à l'intérieur et dans l'emploi du sulfate de quinine, dont la dose fut rapidement portée à un gramme. Le 13 juin, d'après le conseil de M. Louis, appelé en consultation, on continue le sulfate de quinine et on applique un petit vésicatoire sur le devant de la poitrine. Aussitôt après la crise, l'épiderme, légèrement soulevé, fut détaché, et 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine furent répandus sur le derme dénudé. Presque immédiatement, à l'inquiétude, à l'agitation, à la menace constante d'un nouvel accès, succéda le calme le plus parfait ; le malade tomba bientôt dans un sommeil tranquille et qui se prolongea sans interruption pendant quatre ou cinq heures.

Le 14, 60 grammes de sirop d'ipécacuana qui donnent lieu à des vomissements abondants et à quelques selles; le soir 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine en pansement. Nuit excellente et sans crise.

Après plusieurs jours d'amélioration croissante et sans crise, sous l'influence du même traitement, le 24 juin, retour subit des accès. Le vésicatoire était sec et les dernières doses de morphine n'avaient pas été absorbées. On applique un nouveau vésicatoire, que l'on continue à panser de la même manière. Dès le lendemain, après une crise avortée, les accès ont cessé de nouveau et pour ne plus se reproduire. Le 30 le malade était complétement rétabli et il partit pour la campagne.

La morphine, qui, employée à l'intérieur, n'avait produit aucun effet, employée par la méthode endermique, a eu, dans ce cas de spasme de la glotte, comme on vient de le voir, les mêmes résultats qu'elle a généralement dans le traitement des névralgies. Cette observation montre, en outre, qu'il n'est pas toujours indispensable de porter la solution médicamenteuse jusque dans l'atmosphère du nerf malade, ainsi qu'on l'a conseillé récemment, au risque de blesser ce nerf et d'aggraver ainsi les accidents qu'on se proposait de combattre. La méthode endermique, c'est-à-dire par dépôt du médicament à distance, devra suffire le plus ordinairement. (*Union médicale*, décembre 1859.)

Trichiasis. *Son traitement par la frisure des cils.* Au premier degré du trichiasis, la méthode la plus rationnelle, celle qui procure en général le résultat le plus durable, consiste à rendre aux cils déviés leur courbure normale ; mais les moyens préconisés dans ce but, tels que la gomme, le collodion, le vernis de gomme laque, sont insuffisants. M. Anagnostakis, d'Athènes, en propose un autre, c'est la *frisure*.

« Pour friser les cils déviés, dit-il, j'ai fait construire un petit instrument semblable au fer à friser employé par les coiffeurs. L'une des branches est cylindrique, l'autre cannelée pour recevoir la première. Les deux branches se tiennent écartées au moyen d'un ressort. L'œil étant recouvert d'un morceau de papier légèrement humecté et fendu à son milieu, je fais passer tous les cils de la paupière à travers cette fente semi-circulaire, puis, saisissant le fer dont les branches sont suffisamment chauffées, je frise tous les cils en haut. Cette manœuvre innocente est répétée de temps en temps jusqu'à ce que les cils déviés finissent, par reprendre leur courbure normale. J'ai souvent essayé ce moyen avec succès. Quoique d'une exécution fort délicate, il a l'avantage de ne pas effrayer les malades, ce qui fait qu'on peut l'appliquer même aux plus pusillanimes et aux plus coquets. » (*Ann. d'oculist.* et *Ann. de Roulers*, nº 14, 1859.)

VARIÉTÉS.

L'espace nous a fait défaut pour publier dans notre dernier numéro les noms des lauréats des diverses Facultés et Ecoles de médecine. Voici ces listes :

Faculté de Montpellier. — 1re année, *prix* : M. Sartre ; *mention très-honorable*, M. Coural.—2e année, *prix* : M. Grinfelt ; *mention honorable*, M. Magne.— 3e année, *prix* : M. Delclos.— 4e année, *prix* : M. Pasturel.

Faculté de Strasbourg. — 1re année, *prix* : M. Bleicher ; *mention honorable*, M. Wending.—2e année, *prix* : M. Bœll.—3e année, *prix* : M. Ch. Lévy ; *mention très-honorable*, M. Peuget. La Faculté a demandé au ministre une médaille d'or pour la thèse de M. Goldschmidt, et une médaille d'argent pour celle de M. Ehrmann.

Ecole de Bordeaux. — 1er *prix d'anatomie et de pathologie externe* : M. Sentex ; 2e *prix* : M. Vergely ; *accessit*, M. Lugeol. *Prix de chimie et pharmacie* : M. Prat ; *accessit*, M. Manau.

Ecole de Marseille. — 3e année, 1er *prix* : M. Dauvergne ; 2e *prix* : M. Feriaud. — 2e année, *prix* : M. Seux ; *mention honorable*, M. Defery-Labellone.— 1re année, *prix* : M. Delas ; *mention honorable*, M. Palet. *Pharmacie*, *prix* : M. Campanon ; *mention honorable*, M. Auglès.

Nous devons reproduire le passage suivant du discours du directeur de cette dernière école, qui a trait aux élèves couronnés. « Tous ont droit, a dit M. Coste, aux sympathies, aux encouragements de leurs maîtres. Mais c'est un devoir pour moi de citer particulièrement trois d'entre eux, et de les proposer pour exemple à leurs condisciples.

« M. Dauvergne, interne à l'Hôtel-Dieu, doit à son mérite le rare honneur d'obtenir à cette heure un premier prix de troisième année, après avoir conquis successivement et sans partage les prix de première et de deuxième année. M. Dauvergne est fils d'un honorable confrère qui exerce avec distinction dans un département voisin.

« M. Feriaud, aussi interne à l'Hôtel-Dieu, a gagné un deuxième prix pour la troisième année. Ce jeune homme s'est fait remarquer de tous les professeurs par son intelligence et son application.

« M. Seux, fils de notre distingué collègue, après avoir été jugé digne d'une mention honorable en première année, obtient aujourd'hui, à l'unanimité des suffrages, le prix de deuxième année.

« Pour M. Dauvergne comme pour M. Seux, l'amour du travail et le succès qui vient toujours le couronner sont une noble tradition de famille. »

Le jury du concours pour l'agrégation, qui doit s'ouvrir le 1er décembre, devant la Faculté de médecine de Paris, se compose de MM. Denonvilliers, président, Trousseau, Natalis Guillot, Grisolle, Cruveilhier, Tardieu, Rayer, Dubois (d'Amiens), Michel Lévy, juges ; Bouillaud, Rostan, Barth, Beau, juges suppléants. — Les candidats inscrits sont au nombre de 27 pour 7 places.

La Société médicale des hôpitaux avait mis au concours, pour 1859, la question : *Des congestions sanguines dans les fièvres*. La Société vient de décider qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix dont la valeur est de 1.500 francs ; mais elle a accordé, à titre de récompense, une première médaille de 700 francs à M. Jules Bucquoy, médecin à Paris ; une seconde de 500 francs à M. Desnos, médecin à Paris ; et une troisième de 300 francs à M. Aillaud, médecin des hospices de Beaucaire (Gard).

M. Andrieu, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire d'Amiens, est nommé professeur adjoint, en remplacement de M. Boucher, décédé. M. Lenoel, prosecteur d'anatomie, remplace M. Andrieu comme professeur suppléant.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare vient de nommer membre correspondant notre honorable confrère M. de Larue, médecin de l'hôpital de Bergerac.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches sur l'influence que la faradisation exerce sur les mouvements convulsifs des choréiques.

Par M. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

Il n'est pas de sujet qui ait plus excité le zèle des expérimentateurs que l'étude des ressources thérapeutiques qui doivent être mises en œuvre pour triompher sûrement de la chorée ; ce qui faisait dire récemment à un critique, que cette névrose semblait ne pas laisser plus de repos à l'esprit des médecins qu'aux muscles des patients qui en sont atteints.

L'électricité, ce modificateur si puissant du système nerveux, n'avait pu être oubliée ; aussi, lorsque M. Briquet est venu rappeler l'attention sur cette médication en faisant part à l'Académie de ses recherches sur l'influence que la faradisation exerce sur les mouvements convulsifs des choréiques, nous avons cru devoir signaler lès résultats fournis par les autres sources d'électricité. L'une d'elles, en effet, l'électricité statique, avait fourni, on l'a vu, des guérisons plus nombreuses et plus rapides que la faradisation. Mais tout a-t-il été dit sur l'influence que les courants d'induction peuvent exercer sur la chorée? M. Briquet ne le pense pas, et le savant médecin de l'hôpital de la Charité a cherché à montrer que cette opération pouvait être fort utile aux choréiques, suivant que la faradisation s'appliquait sur les muscles ou suivant qu'elle s'appliquait à la peau.

Quand on fait, dit-il, passer le long des muscles d'un membre atteint de chorée un courant faradique, ce que l'on obtient en plaçant l'une des éponges qui terminent les fils de l'appareil Legendre et Morin, sur le haut de ce membre au niveau des nerfs principaux, et l'autre éponge sur la peau de l'extrémité inférieure de ce membre, à l'instant même tous les mouvements désordonnés de la chorée cessent, et les muscles se tiennent dans un état de contraction régulière et fixe. Mais sitôt qu'on rompt le courant, les mouvements choréiques reparaissent presque aussi forts qu'auparavant.

Si l'on prolonge la durée d'action du courant, les muscles se fatiguent peu à peu, leur contraction cesse, et l'on croirait le désordre choréique près de s'arrêter ; mais il n'en est rien : au bout de quelque temps, les mouvements choréiques se reproduisent.

Il n'y a donc point à compter sur ce mode de faradisation pour arrêter les mouvements choréiques. Mais s'il ne peut pas servir à

produire une guérison, il peut être très-utile en arrêtant l'un des accidents les plus graves de la chorée.

Tout le monde sait que quand les choréiques périssent de la chorée, la mort est le plus habituellement due à une asphyxie lente qui résulte de ce que le désordre des muscles de la respiration ne permet plus à l'air d'entrer assez régulièrement pour entretenir l'hématose. Par la faradisation successive des muscles inspirateurs et des expirateurs, on ramène la régularité et l'ordre dans les contractions de ces divers muscles, la respiration redevient régulière, et le malade échappe à l'asphyxie. On a d'autant plus de chances de réussite, que ces sortes de chorées des muscles qui servent à la respiration sont passagères. Il suffit d'appliquer l'une des éponges au niveau du point d'émergence du nerf phrénique au devant des scalènes, et l'autre sur le creux épigastrique, au niveau de l'une des attaches du diaphragme, pour provoquer une inspiration, l'expiration se faisant toute seule par l'effort de réaction des côtes. Si le mouvement expiratoire ne se fait pas nettement, on applique chacune des éponges aux extrémités supérieures et inférieures des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

En opérant ainsi alternativement, pendant une ou plusieurs heures, chaque fois que reparaissent les mouvements désordonnés des muscles de la poitrine, on préviendra toujours l'asphyxie des choréiques.

Mais quand la faradisation est faite sur la peau, elle est susceptible d'une application générale, puisqu'elle convient à tous les cas de chorée.

Si l'on faradise la peau d'une partie du corps en proie aux mouvements choréiques, ceux-ci deviennent à l'instant même plus fréquents et plus désordonnés ; puis, au bout de quelque temps, cette agitation diminue et la chorée s'améliore, les mouvements deviennent de moins en moins fréquents, de moins en moins irréguliers, et peu à peu la chorée se dissipe.

Pour opérer cette faradisation, il suffit de placer sur le haut du membre l'éponge mouillée qui termine l'un des fils, et de promener pendant quatre à cinq minutes, sur les divers points du membre atteint de chorée, le pinceau métallique qui termine l'autre fil. L'opération se répète tous les jours ou tous les deux jours. Quelques jeunes malades, qui témoignaient beaucoup de sensibilité à la faradisation, avaient été préalablement mises, à l'aide du chloroforme, dans l'état d'anesthésie.

Les expériences ont eu lieu sur neuf jeunes filles de l'âge de cinq

et six ans, jusqu'à celui de quinze et de dix-huit ans. Une seule était hystérique et avait des attaques, quatre étaient chlorotiques, et les quatre dernières étaient d'une santé ordinaire.

La chorée datait de trois semaines chez une choréique, de six semaines chez trois, de trois mois chez deux, d'un an chez une et de douze ans chez la dernière. Celle-ci passait dans son quartier pour une infirme incurable.

Toutes ces jeunes filles étaient prises de la chorée vulgaire ; celle-ci avait une grande intensité, et affectait tous les membres chez trois malades ; chez l'une d'elles, la tête, le col, le tronc et les membres étaient dans un état d'agitation continuelle ; chez quatre, elle était également générale, mais les mouvements choréiques avaient moins d'intensité que chez les premières ; chez une seule, la chorée n'affectait qu'un membre ; chez toutes la figure était le siége de mouvements incohérents ; chez quatre il y avait ou de l'impossibilité de parler, ou de la difficulté dans l'articulation des sons.

Quoique généraux, les mouvements choréiques affectaient plus fortement le côté droit du corps chez six, et le côté gauche chez deux. Aucune de ces jeunes filles ne pouvait manger à l'aide des membres atteints de chorée, et la marche était plus ou moins gênée ; deux d'entre elles gardaient le lit.

Toutes ces malades avaient, pendant un temps plus ou moins long, usé des médications usitées contre la chorée : opium, strychnine, émétique à hautes doses, belladone, gymnastique, bains sulfureux, etc., et néanmoins chez toutes la maladie allait croissant, lorsqu'on a commencé la faradisation.

L'amélioration, après la faradisation, a commencé chez huit, au bout de huit jours de traitement. A ce moment, les grimaces avaient cessé ou avaient notablement diminué, et les malades pouvaient commencer à se servir de leurs mains pour manger ; la marche paraissait plus assurée et le bégayement avait disparu.

Chez une seule, l'amélioration n'avait été appréciable qu'au bout de quinze jours ; c'était celle dont la chorée datait de douze ans. Chez l'une d'elles, l'amélioration eut lieu en quelque sorte par pièces. Il y avait une hypéresthésie du masséter gauche ; la mâchoire inférieure était dans un état continuel d'agitation, qui empêchait qu'elle pût prononcer un seul mot. A la seconde faradisation de la peau correspondant au masséter, la difficulté de parler était en grande partie dissipée, et la mâchoire n'était plus en convulsion. Les jours suivants, on faradisa la peau du niveau des muscles sterno-mastoï-

diens qui étaient également hypéresthésiés, et les mouvements continuels de rotation de la tête sur le col cessèrent aussitôt. Il en fut successivement de même pour les membres du côté gauche qui étaient dans le même état. Une fois obtenue, l'amélioration a été ordinairement en croissant d'une manière graduelle.

Enfin, la cessation complète des mouvements choréiques s'est faite au bout de huit jours chez une : c'était la moins prise ; au bout de vingt jours chez une autre, au bout de vingt-quatre jours chez une troisième; au bout de vingt-huit jours chez une quatrième; au bout de deux mois chez une cinquième; au bout de trente-trois jours chez une sixième ; au bout de trente-six jours chez une septième, et au bout de quarante-sept jours chez la huitième : c'était la jeune fille choréique depuis douze ans; la neuvième avait quitté la Charité le quinzième jour, sans être complétement guérie.

Voici comme exemples deux des faits cités par M. Briquet :

Obs. I. *Chorée générale extrêmement intense, avec bégayement porté jusqu'à l'impossibilité de parler, traitée par les moyens ordinaires pendant un an ; améliorée en quelques jours par la faradisation de la peau et guérie complétement au bout d'un mois.* — Alexandrine Lefebvre, couturière, âgée de dix-huit ans, d'une santé précaire depuis son enfance, menstruée à treize ans, hystérique sans attaques.

Il y a un an qu'à la suite d'une émotion vive elle eut un accès spasmodique, avec aphonie et gêne de la déglutition ; puis, au bout de huit à dix jours, survinrent graduellement du bégayement et des mouvements choréiques dans les membres.

Entrée à l'Hôtel-Dieu en octobre 1857, elle y fut traitée pendant cinq mois par l'extrait aqueux d'opium, porté graduellement jusqu'à 90 centigrammes par jour, puis par la strychnine, la belladone, l'éther à hautes doses et par les bains.

Elle avait fini par éprouver du mieux et par sortir de l'hôpital ayant encore des mouvements involontaires dans les membres inférieurs ; mais au bout de trois mois de séjour chez ses parents, à l'occasion d'une émotion vive, la chorée reparut aussi forte qu'auparavant.

Cette jeune fille entre alors à l'hôpital de la Charité, le 28 juillet 1858 ; la récidive dure depuis un mois.

Elle est agitée d'un mouvement choréique de la mâchoire inférieure qui est continuel et duquel résulte un bégayement tel que le plus simple monosyllabe ne peut être prononcé et qu'on ne peut comprendre un mot de ce qu'elle dit; sa figure grimace constamment ; il y a un mouvement continuel d'oscillation de la tête sur le col. Il existe une hypéresthésie très-vive du masséter, du sterno-mastoïdien et des muscles du côté droit du col. La pression exercée sur ces muscles excite une vive douleur qui augmente brusquement les mouvements choréiques. Les membres supérieurs et inférieurs, notamment ceux du côté droit, sont le siége de mouvements désordonnés presque

continuels. La malade ne peut ni se servir de ses mains, ni marcher. Les muscles du côté droit du tronc, qui sont également hypéresthésiés, sont aussi le siége de mouvements choréiques.

Après avoir constaté pendant quelques jours l'état choréique de cette jeune fille, je fis faradiser la peau de la joue au niveau du masséter droit. Cette opération augmenta à l'instant même les mouvements choréiques de tout le corps, mais néanmoins elle avait fait disparaître la douleur.

Dès le lendemain, le bégayement avait notablement diminué, et cette diminution se maintint les jours suivants. Il n'y avait presque plus de mouvements involontaires de la mâchoire.

Quelques jours après, on faradisa la peau correspondant aux muscles du côté droit du col, et au moment de l'opération il y eut comme la première fois une agitation choréique générale très-vive; mais dès le soir même, l'agitation de la tête sur le col avait notablement diminué et avait fini par cesser complétement les jours suivants.

On fit passer ensuite la faradisation successivement aux muscles supérieurs, puis aux inférieurs et au tronc, toujours du côté droit. Au bout de trois jours, les mouvements choréiques des membres avaient diminué et la malade était devenue capable de marcher et de travailler à la couture. Au vingtième jour du traitement, elle pouvait broder.

Dans les premiers jours de septembre, il ne restait plus qu'un léger tremblement dans la jambe droite. Aussi, à cette époque, la faradisation fut-elle bornée à cette jambe.

La malade est sortie guérie le 24 octobre 1858, en bon état; elle est revenue plusieurs fois pour se faire visiter, et au bout de six mois il a été constaté qu'il n'y avait pas eu de récidive. La menstruation, qui se faisait mal, s'est rétablie pendant le cours du traitement.

Obs. II. *Chorée partielle du côté droit du corps, datant de quatre mois, notablement améliorée après deux faradisations et complétement guérie au bout de huit jours.* — Gabrielle Coudouin, âgée de cinq ans, est une enfant anémique à un degré assez prononcé. Il y a quatre mois, elle a été prise d'une violente frayeur; on l'avait oubliée le soir dans la classe où elle s'était probablement endormie dans un coin, et on l'y avait enfermée. Dès ce moment, elle fut prise d'une vive agitation générale, et bientôt on remarqua de légers mouvements choréiques dans le membre supérieur droit; ces mouvements augmentèrent, et bientôt il fut impossible à cet enfant de manger avec la main droite.

Cet état persistait depuis quatre mois, et il y avait depuis ce temps de la bizarrerie dans le caractère, lorsque l'enfant me fut présentée le 11 septembre 1858.

A ce moment, on constata l'existence de mouvements convulsifs involontaires dans le côté droit de la face et dans le membre supérieur du même côté dont l'enfant ne pouvait pas diriger les mouvements. La préhension des objets avec la main droite était fort difficile. Il y

avait une hypéresthésie évidente dans les muscles du bras de ce côté. Il existait dans le membre inférieur droit une agitation qui rendait la marche sautillante et occasionnait des chutes très-fréquentes; il y avait une grande faiblesse dans les membres du côté gauche. Le 13 septembre, on commença la faradisation de la peau du membre supérieur droit; cette opération ne dura que trois minutes. Dans la journée même, on put constater que la douleur avait disparu de ce membre, et on vit la malade se servir en mangeant de la main droite, ce qu'elle n'avait pas encore fait depuis quatre mois.

Le 15 septembre, seconde faradisation de la peau des deux membres. A partir de ce jour, l'agitation a disparu presque complétement dans le membre supérieur, et la marche avait pu se faire assez bien.

Le 20 septembre, troisième faradisation des mêmes parties, et, à dater de ce jour, toute agitation choréique avait disparu; la malade pouvait convenablement saisir les objets, et la marche se faisait d'une manière normale.

A partir de ce jour, il n'y eut plus le moindre mouvement choréique et la santé était redevenue normale.

Cette enfant a été revue par moi un mois après la guérison, et il ne s'était, durant ce temps, rien passé qui ne fût normal.

M. Briquet fait observer que bien que tous les cas ne soient pas complétement concluants, il est évident que la faradisation a eu de l'influence sur les mouvements choréiques, puisque, chez toutes ses malades, il y a eu une amélioration prompte; que chez quelques-unes cette amélioration était appréciable du jour au lendemain; et enfin, que chez une la maladie, qui depuis longtemps était abandonnée à elle-même, a guéri assez promptement.

M. Briquet pense que plus la chorée est ancienne, plus elle est susceptible d'être influencée par la faradisation. Il considère, en outre, l'existence de l'hypéresthésie dans les muscles des membres atteints de chorée, comme une circonstance favorable au succès du traitement. Pour lui, la faradisation agit comme un puissant révulsif.

Enfin, une objection que ne s'est pas dissimulée M. Briquet, et qui n'est pas sans une certaine valeur, c'est l'excessive douleur occasionnée par la faradisation cutanée; douleur telle, qu'il s'est vu souvent obligé d'avoir recours au chloroforme pour en faire cesser les angoisses, ou pour vaincre la résistance qu'opposaient les malades à l'emploi de ce moyen.

Aussi croyons-nous avec M. Blache que, sauf dans les cas de chorée très-grave, ou rebelle aux traitements les plus habituellement efficaces, la faradisation aura peu de chances d'être acceptée, surtout en ville.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur l'orchite blennorrhagique et son traitement.

Leçon clinique par le professeur Forget (de Strasbourg).

La multiplication indéfinie des moyens curatifs, qui se produit de jour en jour, donne lieu à quelques inconvénients assez graves, dont pourtant on ne paraît pas beaucoup se préoccuper : c'est d'abord de placer les honnêtes praticiens dans un grand embarras de conscience au sujet du remède nouveau. Ce remède vaut-il mieux, enfin, que tous ceux qui l'ont précédé et qu'on nous a donnés successivement comme infaillibles, ou bien n'est-ce pas plutôt un nouveau leurre et n'allons-nous pas nous rendre dupe et complice d'une nouvelle mystification ? D'autre part, le médecin sans expérience éprouve une autre perplexité, c'est celle d'avoir à choisir et à se décider entre cette myriade de moyens que les classiques lui transmettent, à la file les uns des autres, sans spécifier les cas, sans établir leur prééminence relative. Telle est aujourd'hui la situation des candides praticiens à l'endroit des maladies les plus vulgaires : de la fièvre typhoïde, du rhumatisme, de la pneumonie même, etc.

Il est vrai que beaucoup de médecins n'éprouvent pas ces scrupules : en fait de remèdes, pour eux le dernier en date est toujours le meilleur; ils s'inquiètent peu de savoir si les autres sont préférables. La nouveauté flatte leurs instincts, met en relief leurs ressources scientifiques, fixe un moment l'attention sur eux, et, dans tous les cas, ajoute un élément au catalogue des moyens dont ils ont besoin pour varier journellement leurs prescriptions, faculté qui caractérise essentiellement, aux yeux du public et même des confrères, ce qu'en style familier on appelle un praticien *fini*.

Au point de vue de la médecine honnête, il est donc bon que des observations éclairées et consciencieuses remettent les praticiens dans la voie du rationalisme et de la tradition, en appliquant les méthodes longtemps consacrées, que des procédés nouveaux mais inférieurs en efficacité tendent à faire oublier, au détriment de l'art et de l'humanité.

Ces réflexions me sont suggérées par l'observation d'une maladie très-commune dont le progrès moderne a si complétement embrouillé la thérapeutique, qu'on ne saurait dire aujourd'hui quelle est la méthode curative qu'il convient de lui appliquer de préférence aux autres. Cette observation, la voici.

Obs. *Orchite blennorrhagique. — Traitement classique. — Guéri-*

son prompte.— Un jeune homme de vingt ans, de forte constitution, de bonne santé habituelle, est affecté de blennorrhagie depuis cinq semaines. L'écoulement, très-abondant dans le principe, a d'abord cédé presque complétement à un traitement abortif, dont nous ignorons la nature; mais, comme il arrive presque toujours, le flux a reparu bientôt avec la même intensité. Il y a quatre jours que la blennorrhagie a commencé à diminuer graduellement, à mesure qu'un gonflement douloureux s'est produit au côté gauche des bourses. Ce malade entre à la clinique le 23 juillet.

Nous c onstatons : léger écoulement de muco-pus, blanc-laiteux, par l'urètre; gonflement et rougeur considérables du côté gauche du scrotum; douleur très-vive, s'étendant au cordon testiculaire, irradiant à la cuisse et aux lombes; sensibilité très-vive à la palpation; cependant on peut constater que la tumeur est en grande partie constituée par l'épididyme.— Douze sangsues au pli de l'aine, cataplasme émollient.

24. Les sangsues ont coulé abondamment; la douleur est moins vive et moins étendue, mais le volume et la rougeur du scrotum n'ont pas diminué. Léger mouvement fébrile, langue blanche, anorexie, constipation. — Onctions d'onguent napolitain sur le scrotum, de trois en trois heures; envelopper le scrotum de taffetas gommé, appliquer un suspensoir qui relève les bourses, en exerçant un peu de compression; lavement de graine de lin; tisane de chiendent; bouillon.

25. Volume persistant, rougeur moins vive, tension moins douloureuse. On peut constater que l'épididyme est très-volumineux, bosselé; que le testicule, lisse, est un peu gonflé, et qu'il existe un épanchement dans la tunique vaginale. Sommeil pendant la nuit; point de fièvre; appétit. — *Ut suprà;* bain tiède prolongé; trois soupes.

Les jours suivants, la douleur a disparu, la rougeur et le gonflement du scrotum diminuent graduellement. — *Ut suprà.*

28. Les gencives sont légèrement douloureuses et tuméfiées.

29. La tumeur du scrotum est résolue en grande partie. Les gencives sont plus affectées que la veille. — Continuer les onctions mercurielles, mais administrer le chlorate de potasse, 4 dans 100 d'eau édulcorée, pour une potion à prendre par cuillerées, de deux en deux heures.

31. La tumeur est presque entièrement résolue, l'écoulement de l'urètre a complétement disparu. La stomatite mercurielle est avortée.

Convalescence le huitième jour du traitement, douzième jour de l'orchite blennorrhagique. (Observation recueillie par M. Liétard, aide de clinique.)

Ainsi, voilà une orchite des plus graves qui se dissipe en huit jours au moyen d'une application de sangsues, d'onctions mercurielles, de bains et de lavements, c'est-à-dire par le traitement classique le plus vulgaire.

Nous demandons quel est le procédé moderne qui eût procuré des résultats plus prompts et surtout plus innocents. On remarquera que la stomatite commençante a été enrayée et que les onctions mercurielles ont pu être continuées, grâce au chlorate de potasse, très-probablement.

J'ajouterai que nous n'employons pas le mercure à titre de spécifique, mais bien de résolutif pur et simple. Quelques mots maintenant sur les autres traitements de cette maladie.

L'orchite blennorrhagique est une de ces affections plus douloureuses et plus effrayantes que graves en réalité. Je la considère même, jusqu'à un certain point, comme un accident favorable, lorsqu'elle supprime la blennorrhagie, ce qui n'arrive pas toujours. En effet, la blennorrhagie ou plutôt l'urétrite est une maladie souvent très-fâcheuse par sa persistance et par ses conséquences (rétrécissements de l'urètre, fistules urinaires, etc.,) tandis que l'orchite finit presque toujours par guérir plus ou moins promptement, ne produisant, comme reliquat, qu'un peu d'engorgement chronique de l'épididyme assez innocent par lui-même. Ces considérations résolvent, dès l'abord, une grave question thérapeutique, celle de savoir s'il convient de rappeler la blennorrhagie lorsqu'elle a disparu, car l'orchite est quelquefois le résultat de la propagation de l'inflammation urétrale sans métastase, constituant une complication et non un déplacement de la maladie.

Tenter de rappeler la blennorrhagie au moyen de bougies irritantes est donc une mauvaise pratique : 1° parce qu'on ne réussit pas toujours et que souvent on aggrave l'orchite au lieu de la faire disparaître ; 2° parce que l'orchite est moins fâcheuse, selon nous, que la blennorrhagie; 3° parce que l'orchite guérissant d'ordinaire assez promptement, le malade se trouve, du même coup, débarrassé complétement et de son orchite et de sa blennorrhagie, bienfait que procure assez rarement le traitement direct de l'urétrite.

L'orchite étant une de ces maladies peu graves qui guérissent par ou malgré les méthodes les plus diverses, elle donne beau jeu aux inventeurs de remèdes nouveaux. Parmi les traitements dirigés contre elle, les plus simples et les moins douloureux sont les meilleurs. Je ne me lasse pas d'admirer l'aisance avec laquelle MM. les chirurgiens usent, à tout propos, du fer et du feu, comme des choses les plus naturelles et les plus faciles à faire agréer. Que les malades des hôpitaux, habitués par la misère à la souffrance et à la soumission, se résignent, sans trop de résistance, à ces manœuvres cruelles, cela peut se concevoir; mais aussi les praticiens savent

combien la clientèle civile est douillette et méticuleuse à l'endroit du fer et du feu, et combien de formalités sont nécessaires pour lui faire endurer la moindre douleur. C'est au point que beaucoup de médecins ont reçu leur congé pour s'être montrés trop peu soigneux de la sensibilité de leurs malades.

Je trouve donc passablement barbares les traitements de l'orchite qui comportent l'emploi du bistouri, d'autant mieux, je le répète, qu'elle guérit très-bien par des procédés moins violents. Encore, si ces douloureux procédés réussissaient toujours ou du moins beaucoup mieux que les autres !

Je fais allusion d'abord à la méthode de Vidal, qui consiste à plonger un bistouri dans le scrotum pour aller scarifier le testicule. Je suppose, par impossible, que cette opération soit aussi exempte de dangers et aussi peu douloureuse qu'on l'a prétendu : je ne vois pas trop l'influence extraordinaire qu'elle peut exercer sur l'épididymite et sur la vaginalité concomitantes. Hâtons-nous de dire que cette opération est à peu près abandonnée.

Il en est à peu près de même de cette autre méthode plus simple, qui consiste à donner issue à la sérosité par la ponction de la tunique vaginale, au moyen de la lancette ou du bistouri. Ce moyen, comme le précédent, ne peut être que palliatif dans les cas de tension très-douloureuse, et même dans ce cas, qui s'est offert chez notre malade, je crois qu'on peut suppléer ces opérations au moyen des sangsues, des bains, de l'opium, etc.

On prétend obtenir de très-bons effets de la compression exercée sur la tumeur au moyen de bandelettes agglutinatives méthodiquement appliquées autour du testicule tuméfié. Ce procédé réclame une certaine dextérité que n'ont pas tous les praticiens. Si la compression est trop faible, elle n'agira pas ; si elle est trop forte, elle causera des douleurs intolérables ; enfin, il n'est pas démontré que cette méthode soit absolument préférable aux autres. Néanmoins, en principe, la compression est favorable, et nous l'avons employée chez notre malade, à titre d'adjuvant, au moyen d'un simple suspensoir assez serré pour comprimer également et modérément la tumeur.

On a fait pendant un moment beaucoup de bruit des applications de collodion comme résolutives de l'orchite ; mais de vives oppositions se sont produites, et l'on a reconnu que ces applications étaient généralement fort douloureuses et d'une efficacité problématique. Le collodion, d'ailleurs, me paraît constituer un moyen de compression, par le retrait qu'il éprouve, et l'on ne me persuadera pas qu'il jouisse par lui-même de propriétés résolutives.

La glycérine, qu'on n'a pas manqué de mettre en avant dans cette occurrence, est un simple adoucissant, comme les corps gras.

Quant aux mélanges bâtards des astringents avec le collodion ou la glycérine, ce sont des produits industriels qui méritent à peine d'être mentionnés.

La teinture d'iode, elle aussi, ne pouvait manquer de soumettre l'orchite à sa domination universelle ; mais je la crois mal indiquée dans la forme aiguë. On fera bien de la réserver plus spécialement pour les cas d'orchite passée à l'état de chronicité.

N'oublions pas les applications d'eau froide, qui me paraissent préférables aux moyens précédents; mais dans les cas d'orchite intense, le froid me paraît insuffisant, ce qui n'empêche pas de l'employer à titre d'adjuvant, comme la compression.

En somme, sans nier absolument l'utilité de ces moyens divers, selon l'occurrence, je pense qu'il n'en est aucun qui l'emporte expressément, comme méthode générale, sur le traitement classique dont j'ai fait usage pour notre malade. Je termine donc en formulant brièvement les moyens dont il se compose : 1° saignée générale, si le sujet est vigoureux et la réaction vive ; 2° saignées locales, non pas sur la tumeur, mais dans l'aine ; 3° onctions mercurielles comme résolutives et non comme spécifiques ; 4° compression modérée, au moyen du suspensoir; 5° bains, lavements, boissons tempérantes, diète; 6° cataplasmes froids, laudanisés, en cas de vive douleur[1]; tels sont les moyens principaux, dans les cas d'orchite aiguë et grave.

Si l'affection est légère, ou si elle tend à l'état chronique, on peut, à part les moyens précédents, employer les applications d'eau froide ou les astringents (acétate de plomb, alun, terre cimolée, boue ferrugineuse, perchlorure de fer, etc.), la compression avec les bandelettes adhésives, le collodion, la teinture d'iode, les révulsifs intestinaux, etc., etc.

Cette pratique banale, loin de nous faire honneur, paraîtra passablement triviale, je le sais bien ; mais comme mon but est précisément de rappeler les médecins aux pratiques vulgaires, qui ont pour elles le bon sens médical, indépendamment de la tradition, j'en prendrai facilement mon parti, surtout si je suis assez heureux pour trouver quelques imitateurs.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du tannate de bismuth; mode de préparation de ce nouveau sel.

En attendant qu'une expérimentation plus longue et mieux suivie nous permette de fixer la valeur thérapeutique du tannate de bismuth, nous reproduisons la partie de la note de M. Cap qui a trait à la préparation et à la composition chimique du nouveau sel. Cette citation nous permettra de protester contre deux assertions que le savant chimiste a émises dès le début de sa communication à l'Académie de médecine.

« L'idée du tannate de bismuth m'a été suggérée par l'analogie des propriétés de deux substances, dont l'une, le tannin, d'origine végétale, est un véritable acide, et dont l'autre, le bismuth, de nature métallique, peut évidemment remplir le rôle de base. Tous deux agissent, on le sait, sur les tissus vivants, comme astringents, styptiques; et bien que le produit qui en résulte soit insoluble dans les véhicules, nul doute que sous l'influence des forces physiologiques, il ne se décompose et ne reproduise les éléments d'une même nature. » Or, il y à dans ce passage de la note de M. Cap une double erreur qu'il importe de relever : un sel ne tient pas nécessairement des propriétés de ses facteurs, et son action thérapeutique n'est nullement le résultat de la décomposition du sel en ses éléments. L'acide sulfurique et la soude sont deux agents caustiques très-énergiques ; dès qu'ils sont combinés, ils forment un sel inoffensif, le sulfate de soude.

Ce n'est pas que nous contestions les propriétés astringentes du nouveau sel de M. Cap; elles sont mises hors de doute par les expériences cliniques qui ont été tentées par MM. Aran, Bouchut, Demarquay. Mais, on le sait, de toutes les classes de médicaments, une des plus riches, et qui par conséquent réclame le moins l'introduction de nouveaux agents, est celle des astringents. Quoi qu'il en soit, voici le mode de préparation du tannate de bismuth recommandé par M. Cap.

On prend 44 grammes d'azotate de bismuth cristallisé [1], on les fait dissoudre dans Q. S. d'eau, en ajoutant un léger excès de soude des savonniers, pour obtenir un dépôt blanc d'hydrate de bismuth, que l'on recueille sur une toile et qu'on lave avec soin.

---

[1] L'azotate de bismuth se prépare en faisant agir deux parties d'acide azotique sur une partie de bismuth.

On triture cet hydrate dans un mortier de verre avec 20 grammes de tannin pur. On étend d'eau le magma, on le jette sur une toile, on le lave, on le fait sécher à l'air libre ou dans une étuve très-légèrement chauffée et on le met en poudre.

Ce sel est d'un aspect jaunâtre ; il est insoluble, par conséquent presque sans saveur ; il est facilement suspendu dans un véhicule mucilagineux, dans un sirop, dans la glycérine ; on peut l'administrer en pilules, ou dans un électuaire, dans de la confiture, etc.

Sa composition représente, lorsqu'il est bien sec :

Oxyde de bismuth	53
Tannin	47
	100

ou bien :

Oxyde de bismuth	29,60
Tannin	26,50

c'est-à-dire un équivalent de chacun de ces éléments.

Ce mode de préparation, extrêmement simple, est en même temps le plus rationnel. En effet, pour obtenir la plupart des tannates insolubles, on emploie ordinairement la voie des doubles décompositions. Or, les sels de bismuth, l'azotate surtout, étant en grande partie décomposés par l'eau, il faudrait, pour le tenir en dissolution, un grand excès d'acide, lequel s'opposerait à la précipitation du tannate de bismuth.

Il vaut donc mieux opérer directement la combinaison, en faisant agir un équivalent d'acide tannique sur un équivalent d'oxyde de bismuth. On peut dissoudre l'acide tannique dans l'alcool, dans l'éther ou même dans l'eau, et employer le tannin obtenu en masse résiniforme, celui-ci étant moins cher et ayant la même composition que celui que l'on obtient sous la forme feuilletée.

Dosage de la santonine contenue dans les pastilles.

Depuis que les pharmaciens ne prennent plus le soin de préparer eux-mêmes les produits qu'ils livrent, l'art de reconnaître les falsifications constitue une des parties les plus importantes de leurs connaissances. Notre devoir est donc de leur signaler toutes les applications nouvelles des données de la chimie à ces sortes de constatations.

La santonine se dissout dans le chloroforme dans le rapport de 23 parties sur 100 de liquide, à la température de 12 à 15 degrés. M. Schlimpert vient d'appliquer ce fait au dosage de la santonine associée au sucre, tel que le cas se présente dans les pastilles vermi-

fuges, car le sucre est complétement insoluble dans le chloroforme.

Modification apportée à la préparation de l'emplâtre de Vigo.

M. Mouchon, à qui nous sommes redevables d'un bon procédé pour la préparation si redoutée autrefois de l'onguent mercuriel double, a étendu ses recherches à l'emplâtre de Vigo (qu'on persiste à désigner *cum mercurio*, bien que ni le Codex, ni aucune pharmacopée ne fassent mention du *sine mercurio*). Voici sa formule, renvoyant au Journal de Pharmacie (octobre) pour le *modus faciendi* :

Emplâtre simple	1,120 grammes.
Cire jaune	80 grammes.
Poix-résine	80 grammes.
Onguent napolitain double	960 grammes.
Styrax liquide	240 grammes.
Térébenthine du mélèze	80 grammes.
Gomme ammoniaque purifiée	ãã 25 grammes.
Bdellium purifié	
Encens	
Safran	
Huile volatile de lavande	10 grammes.

L'innovation consiste dans la substitution de l'onguent mercuriel au mercure lui-même, sans modifier sa proportion, et a pour résultat une considérable économie de temps pour l'opérateur.

Moyen de reconnaître si une eau distillée est officinale ou préparée extemporanément.

Il n'est pas sans utilité, on le comprend aisément, de reconnaître dans un grand nombre de circonstances si une eau distillée est officinale ou bien si elle a été préparée extemporanément. M. G. Anselmo Duregazzi propose à cet effet le moyen suivant : ce moyen consiste à verser dans l'eau à essayer une solution aqueuse, titrée, d'iode qui, se combinant avec l'huile essentielle, en indique la proportion. En comparant, suivant ce procédé, un nombre assez considérable des principales eaux distillées officinales et des eaux préparées artificiellement avec de l'eau et des huiles essentielles, M. Duregazzi a trouvé que celles de la première catégorie contiennent constamment plus d'huile essentielle, un tiers environ, que les dernières. Voici, du reste, les quantités d'iode neutralisées, et, par suite, non sensibles à l'amidon, par chaque once d'hydrolat concentré.

Essence d'amandes amères, 0,14 ; — d'anis, 0,08 ; — d'oranger, 0,06 ; — de camomille, 0,13 ; — de cannelle, 0,03 ; — de fenouil, 0,16 ; — de genièvre, 0,20 ; — de lavande, 0,09 ; — de laurier-cerise, 0,22 ; — de mélisse, 0,06 ; — de menthe crépue, 0,24 ; — de menthe poivrée, 0,18 ; — de persil, 0,01 ; — de rose, 0,12 ; — de rue, 0,04 ; — de sauge, 0,06 ; — de sureau, 0,08 ; — de valériane, 0,04.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Prolapsus du rectum. — Cautérisation nitrique en roseau.

Chacun connaît le traitement curatif de la chute du rectum par la cautérisation actuelle en roseau. Ce mode opératoire donne assurément lieu aux résultats les plus satisfaisants ; malheureusement, la terreur, bien naturelle d'ailleurs, qui se rattache à l'emploi du fer rouge, ne lui permet que bien difficilement l'accès de la pratique civile. C'est précisément parce que, dans un cas de cette nature, je n'ai pu faire adopter par une famille ce modificateur héroïque, mais véritablement effrayant, que je conçus l'idée de recourir à un subterfuge de l'art, pour reproduire le même effet, à l'aide d'un agent d'un autre ordre.

Voici la façon très-simple suivant laquelle je pratique la cautérisation potentielle en roseau. Cette méthode de procéder, exempte de tous ces petits embarras matériels qui font le cortége de la cautérisation actuelle, a pour principal avantage de ne frapper désagréablement l'esprit ni des malades ni des parents, et, par là même, d'être acceptée par eux avec infiniment moins de répugnance. C'est pour de telles raisons qu'il serait à désirer que l'usage des caustiques fût préféré, dans les besoins journaliers de la pratique, à celui du fer rouge. J'ai déjà établi, dans une publication périodique, que cette substitution était des plus aisées, pour ce qui a trait aux cautérisations ponctuée et transcurrente ([1]). Je me propose en ce moment de démontrer expérimentalement qu'elle est également facile pour ce qui concerne la cautérisation en roseau.

Un bâtonnet en bois quelconque, d'un diamètre proportionné à l'âge du sujet à opérer (un crayon ordinaire convient très-bien pour un enfant en bas âge) ; une longue mèche de charpie ou de coton à tricoter ; de l'acide nitrique monohydraté, voilà quels sont les objets nécessaires pour la confection du cautère potentiel en roseau.

([1]) Voir Union médicale, nos 30, 81, 82, 1859.

L'une des extrémités planes du bâtonnet, entaillée crucialement, en vue de fixer plus solidement les filaments de coton ou de fil, est coiffée, dans le sens de ses coches, d'une double mèche de l'une de ces substances, laquelle doit exactement entourer la tige en bois, suivant une longueur de 5 centimètres environ, de manière à lui conserver sa forme cylindrique, en en exagérant seulement le diamètre. La solidité de cette même mèche est facilement assurée à l'aide de quelques circulaires exécutés, sur ses portions terminales seulement, avec un simple fil suffisamment résistant.

Le petit instrument ainsi préparé, il suffit de le plonger dans l'acide pour en former un cautère en roseau, dont la puissance d'action est en rapport avec l'épaisseur de la mèche caustique et son degré d'imbibition nitrique.

Il est inutile de faire observer que cette même mèche doit être uniformément imbibée d'acide, puis exprimée convenablement, avant son intromission au travers de l'orifice sphinctérien. Cette double précaution est indispensable pour assurer le succès de l'opération et éviter au malade des brûlures inutiles.

Le sujet placé dans la position conseillée en pareil cas, le chirurgien plonge le cautère dans l'orifice anal, et l'y maintient durant quelques secondes. Ce laps de temps varie nécessairement en raison de l'âge des malades et de l'intensité des effets que l'on désire produire. J'ai, jusqu'à ce jour, opéré, par cette méthode, deux enfants en bas âge ; la durée de cette application a, dans ces deux cas, varié de cinq à sept secondes environ.

La cautérisation effectuée, un tampon de linge imbibé d'eau froide est appliqué et maintenu quelque temps contre l'orifice anal. La douleur, d'abord assez vive, ne tarde pas à perdre de son acuité et à devenir bientôt très-supportable.

Il est convenable, dans les jours qui suivent l'opération, de provoquer artificiellement la constipation, et cela pour des raisons qu'il est aisé de comprendre. — A la suite de cette opération, le bol stercoral devient vermicellé ; mais il ne tarde pas à reprendre son aspect et son calibre ordinaires.

J'ai eu occasion, ainsi que je le disais à l'instant, d'opérer deux fois, suivant cette méthode, le prolapsus de la muqueuse rectale. Le premier sujet était un enfant de deux ans ; le second en avait quatre. Le succès, dans les deux cas, a été aussi complet que possible. Une seule opération a suffi pour débarrasser ces petits enfants d'une infirmité qu'ils auraient pu conserver longtemps encore, si leurs

parents avaient préféré compter sur les seuls bénéfices de l'âge et de la nature.

La cautérisation actuelle ne saurait manquer d'être repoussée avec une certaine horreur, dans la pratique civile, surtout quand il s'agit des enfants. La cautérisation potentielle, au contraire, frappe beaucoup moins l'imagination, et est assez aisément acceptée. J'en fais, pour mon compte, des applications journalières, et je puis assurer que mes clients se prêtent, sans trop d'appréhension, à une opération peu faite au moins, il faut bien le reconnaître, pour impressionner vivement l'esprit.

J'ai donc cru utile de faire connaître un mode opératoire aussi expéditif qu'inoffensif dans ses effets, afin d'en faire bénéficier ceux de mes confrères qui pourraient se trouver dans le cas d'y avoir recours.

E. HAMON, D. M.
à Fresnay-le-Vicomte.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des dermatoses ou maladies de la peau, classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement; suivi d'un Formulaire spécial, par L.-V. DUCHESNE-DUPARC, chevalier de la Légion d'honneur, professeur de clinique des maladies de la peau, ancien interne d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis, etc.

Les maladies de la peau ont été depuis quelque vingt ans l'objet de travaux nombreux, qui ont incontestablement éclairé plus d'un point obscur de cette partie intéressante de la pathologie ; il semble depuis quelque temps que ces études soient reprises avec une nouvelle ardeur, qui, il faut l'espérer, contribueront à accélérer encore le progrès dans cette direction scientifique ! Pourtant, avant que ce résultat que nous appelons de tous nos vœux, et que nous saluons à l'avance, se soit produit, nous craignons que ce *prurigo* de la célébrité (on nous pardonnera cette métaphore en faveur de sa couleur locale), nous craignons que ce *prurigo* de la gloire ne conduise d'abord nos laborieux dermatologues à embrouiller un peu la question, qu'à coup sûr ils finiront par éclairer. Nous ne savons si tous les praticiens ont dans l'esprit une nomenclature quelconque où soient méthodiquement rangées les nombreuses maladies dont on s'occupe en dermatologie ; dans tous les cas, quand on vient à leur parler le langage d'une autre nomenclature, ils sont bien vite déroutés ; si bien que sous ces appellations différentes, les choses restent souvent les mêmes, les idées ne s'en brouillent pas moins,

un peu au préjudice de la pratique, peut-être. Ces réflexions, qui naissent comme d'elles-mêmes, à la vue de tous les livres qui aspirent à nous enseigner cette branche si sérieuse de la pathologie, nous ne les appliquons pas plus, mais pas moins non plus à l'ouvrage de M. Duchesne-Duparc qu'à tous autres. Assurément Alibert a eu sa valeur; il a, lui aussi, laissé son petit sillon dans le champ vaste de la science dermatologique; mais tout n'est pas pur froment dans ce qui a levé sur ce petit coin de terre, il s'y est mêlé pas mal d'ivraie : pourquoi, tout en conservant l'un, ne pas sagement extirper l'autre? M. Duchesne-Duparc ne se rappelle pas sans émotion son vénéré maître : c'est très-bien. Mais le sentiment n'est pas la science : ce souvenir pieux peut servir le médecin, et ne peut guère que cela. Quoi qu'il en soit à cet égard, et sous ces réserves, le petit livre de l'élève de l'ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris n'en est pas moins un bon guide pour diriger le praticien dans cette partie de la pathologie.

L'auteur, versé depuis longues années dans l'étude de cette branche de la médecine, et sans prétendre à une grande originalité, nous donne son ouvrage avec l'expression pure de ce que lui a enseigné la pratique éclectique avec ou sans conscience; M. Duchesne-Duparc dit sur toutes les questions qu'il rencontre sur sa route ce qu'il croit la vérité. Rien que cette disposition d'esprit nous intéresse en faveur du livre, et cet intérêt se trouve souvent justifié quand on l'a sérieusement parcouru. Voici d'ailleurs sommairement comment ce livre est conçu. Après avoir succinctement étudié l'enveloppe cutanée au point de vue anatomique, l'auteur expose rapidement dans des prolégomènes qui ouvrent toujours heureusement, suivant nous, un ouvrage de ce genre, ses idées fondamentales sur la nature des maladies de la peau, sur leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement. S'il nous était loisible de suivre M. Duchesne-Duparc dans cette intéressante étude, nous aurions sur plus d'un point quelques objections à lui faire; nous ne lui en ferons qu'une, c'est celle-ci : Tout le monde, aujourd'hui, est d'accord pour rattacher les dartres proprement dites à une disposition spéciale, à une diathèse héréditaire ou accidentelle : cette disposition a reçu l'heureuse dénomination d'*herpétisme*. M. Duchesne l'admet, sinon explicitement, du moins implicitement, comme il devait arriver nécessairement à un esprit judicieux, qui a vu et bien vu les choses dont il parle. Pourquoi alors passer sous silence, dans ces prolégomènes qui l'appelaient naturellement, cette disposition morbide si tranchée, et qui est si

souvent au fond des déterminations morbides les plus variées? Qu'à la prochaine édition nouvelle qu'il fera de son livre M. Duchesne-Duparc se souvienne de cette remarque, qu'il étudie les faits nombreux qui lui passent incessamment sous les yeux, au point de vue de cette conception aussi vraie qu'elle est ancienne dans les traditions de la science, et nous sommes convaincu que son ouvrage y gagnera.

Ces prolégomènes posés, l'auteur aborde immédiatement l'exposé analytique des maladies de la peau, telles qu'il les conçoit, d'après le plan modifié d'Alibert, et qu'il partage en onze classes distinctes, qui sont : les dermites, les exanthèmes, les gourmes, les dartres, les dégénérescences, les scrofules, les scabies, les hémorragies cutanées, les lésions pigmentaires, les hypertrophies cutanées, et enfin les syphilides.

Il est évident qu'il est telle de ces classes qu'on est peu étonné de voir figurer dans la pathologie cutanée proprement dite, les dermatoses : si nous nous piquions jamais de nous intituler dermatologue, et que, dans notre classification, nous crussions devoir admettre telle de ces classes, nous nous demanderions de suite si nous ne devrions en même temps, et pour être complet, y faire figurer les brûlures, les plaies superficielles, les panaris du même caractère, etc. Nous savons bien que pour être spécialiste on n'est pas moins un médecin, et que la tentation est grande d'englober, en dépit de la logique, dans un même ordre des maladies qui se présentent sur un même plan; mais il faut résister à la tentation, et se faire un pour que son livre soit un. Qu'arrive-t-il de cette extension abusive d'une classification qui ne sait pas s'arrêter? Une chose qui nuit essentiellement au livre dont elle trouble l'économie, et qui jette l'auteur malgré lui dans un ordre d'idées qu'il ne peut nécessairement qu'effleurer. Il en est ainsi, par exemple, des scrofules, des dégénérescences cutanées, des hypertrophies, à propos desquelles l'auteur est condamné à dire trop en passant. Nous savons bien que l'auteur n'a voulu, en publiant ce livre, que faire une sorte de *breviarium*, d'*enchiridion* pratique; mais alors, n'était-il pas plus simple de supprimer ce qu'on ne pouvait nécessairement qu'effleurer.

Que si nous adressons cette critique au livre de M. Duchesne-Duparc, c'est que nous sommes convaincu qu'il répondra à un besoin réel de la didactique pratique, si l'on veut bien nous permettre ce mot; et cette critique ne nous empêchera pas de recommander vivement cet ouvrage bien fait, expression d'une pratique judicieuse, et qui guidera heureusement le médecin en face de maladies qui ne

laissent pas de l'embarrasser, alors même qu'elles se présentent fréquemment à l'observation. Nous louerons surtout, sans restriction, tout ce qui a trait au diagnostic, où nous regrettons seulement un certain nombre d'expressions surannées qui déroutent et n'éclairent pas : nous louerons également la partie thérapeutique pour sa sagesse, sa circonspection. Qu'est-ce, en effet, que la thérapeutique, sinon une prudence savante ?

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'oeil sur les essais d'hypnotisation tentés dans les hopitaux. — Dangers de répéter ces pratiques chez certains sujets. — Les essais d'hypnotisation se poursuivent toujours, surtout dans les services de chirurgie, mais avec les résultats les plus divers ; nous allons en fournir pour preuve les dernières communications faites à la Société de chirurgie. Tandis que M. Verneuil, sur huit tentatives, réussit quatre fois, M. Richet échoue complétement dans six cas. M. Azam, témoin de ces échecs, reprend les expériences et n'est pas plus heureux. M. Denonvilliers charge M. Richet d'annoncer qu'aucun de ses essais n'a abouti à un résultat affirmatif. Enfin MM. Demarquay et Giraud-Teulon, sur un total de quarante expériences répétées sur dix-huit sujets, n'arrivent qu'une seule fois à provoquer une insensibilité assez profonde pour être offerte à l'action chirurgicale. Le plus heureux des expérimentateurs est M. Préterre, qui a arraché un certain nombre de dents à des jeunes femmes et à des enfants. Ce résultat s'explique par la rapidité de l'acte chirurgical ; d'ailleurs il n'est pas nouveau, c'est ce qu'observait M. Braid. Ce médecin dit avoir arraché six dents sans douleur, tandis qu'il a pu, *presque* sans douleur, ponctionner un abcès et opérer un piedbot.

Dans les premiers renseignements fournis à l'appui des applications chirurgicales de l'hypnotisme, on avait cité le fait d'une amputation de jambe pratiquée en Angleterre, dès 1842, par un chirurgien nommé Ward (et non Wood). M. Broca a cru devoir rectifier cette assertion et a informé la Société que le malade avait subi son opération sous le bénéfice d'un sommeil provoqué par le magnétisme. Sans vouloir discuter si les sujets hypnotisés sont dans un état identique à ceux magnétisés, M. J. Cloquet a rappelé à la Société de chirurgie l'observation qu'il avait communiquée, en 1829, à l'Académie de médecine, et qui avait alors soulevé une espèce d'o-

rage contre l'honorable chirurgien. Cette observation avait pour sujet une dame d'environ soixante ans, très-pusillanime et très-nerveuse, qui fut opérée d'un cancer ulcéré du sein pendant un sommeil provoqué par des passes magnétiques. L'opération de M. Cloquet fut longue, car il fallut enlever de nombreux ganglions axillaires très-notablement engorgés, et cependant la malade ne donna aucun signe d'impression douloureuse. Ces faits de MM. Ward et J. Cloquet, qui ont trouvé dans leur temps de si nombreux incrédules (comme si la difficulté de se rendre compte d'un fait permettait de le nier), s'expliquent aujourd'hui par certains résultats de l'hypnotisme.

Le petit nombre des sujets chez lesquels on parvient à provoquer l'insensibilité n'a pas tardé à convaincre les expérimentateurs que ce nouveau genre de sommeil ne pourrait jamais entrer dans la pratique courante. La rareté de la production du phénomène nous dispense d'insister sur le danger qu'il y aurait à provoquer, chez certains sujets, le retour de cet acte morbide. Parmi les faits cités à la Société de chirurgie, il en est un qui, sous ce rapport, mérite d'être signalé. Une cuisinière, âgée de quarante-neuf ans, d'une constitution nerveuse, très-sujette dans sa jeunesse à des attaques, mais n'en ayant pas éprouvé depuis plus de vingt ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour être opérée d'un polype du rectum. Le moment venu, M. Richet essaye sur elle l'influence de l'hypnotisme. La malade, très-docile, se prête complétement à l'expérience; celle-ci est prolongée au delà de dix minutes, et comme elle ne fournit qu'un résultat négatif, on soumet la femme à l'inhalation du chloroforme. La première impression des vapeurs de l'agent anésthésique provoque une véritable attaque d'hystérie, caractérisée par des convulsions cloniques, des pleurs, des gémissements. On poursuit la chloroformisation, et la période de résolution arrive, pendant laquelle l'opération est pratiquée, sans que la malade en ait la conscience.

Cette observation met surtout en relief le danger de provoquer, par la pratique de l'hypnotisation, le retour d'une affection nerveuse enrayée depuis longtemps. Ainsi voici une femme qui, depuis plus de vingt années, n'avait pas subi d'attaque d'hystérie, et qui voit son ancienne affection reparaître. Le retour de cet accident est bien le résultat des pratiques nouvelles; la malade, qui est très-intelligente, rapporte sa crise à une exaltation de l'odorat, qui lui rendit les premières impressions des vapeurs du chloroforme très-douloureuses. Cette exaltation de l'un des organes des sens est un des faits les plus constants; seulement, dans les expériences de M. Giraud-

Teulon, c'est l'ouïe qui s'est montrée le plus fréquemment affectée.

Ces phénomènes d'hypnotisme constituent, comme le fait très-bien remarquer M. Giraud-Teulon, des actes plutôt morbides que physiologiques. Ils consistent en une atteinte portée spécialement à la sensibilité générale, en un amoindrissement, un engourdissement de cette sensibilité, allant parfois jusqu'à la suspension complète. Ainsi, non-seulement les sujets sont insensibles au pincement et à la piqûre, mais encore au chatouillement de la plante des pieds et autres impressions si intolérables dans l'état de veille. D'autres fois, quoique plus rarement, ces phénomènes s'élèvent jusqu'à l'hypéresthésie et rappellent tout à fait l'état hystérique. Tous ces faits impliquent une grande réserve de la part des expérimentateurs.

Il ne faut pas trop généraliser ce danger et l'étendre à toutes les femmes, quelle que soit leur constitution, car on pourrait se priver alors de ressources imprévues. Ce résultat curieux a été observé par MM. Demarquay et Giraud-Teulon sur les malades de la Maison de santé.

« Presque toutes les femmes chez lesquelles nous avons pu amener le sommeil nerveux, dit M. Giraud-Teulon, présentaient des affections graves de l'appareil génital; et chez toutes ces malades, le fait a été à peu près constant, et s'est reproduit pour ainsi dire chaque fois que nous avons déterminé l'hypnotisme : des douleurs utérines très-vives qui tourmentaient ces malheureuses jour et nuit, et dont elles se plaignaient amèrement avant le sommeil nerveux, se sont vues enrayées, suspendues pendant cet état particulier de leur système nerveux, et pendant de longues heures après. Vingt heures de bien-être parfait étaient le terme moyen de ce soulagement, et il était si réel, si incontestable, si patent, que les malades demandaient, à la visite, à être hypnotisées. Une jeune demoiselle, âgée de vingt ans, qui souffrait cruellement de douleurs névralgiques du bassin (produites par une action traumatique), et que n'avaient pu soulager, ni l'opium, ni le chloroforme employés toute une nuit, se vit calmée comme par enchantement, et pour une vingtaine d'heures, par l'hypnotisme, et cela deux jours de suite.

« Ces faits se sont reproduits avec assez de constance pour mériter d'être consignés ici et de fixer l'attention. Ils peuvent donner lieu à de nouvelles indications de l'emploi de ce remède singulier et ouvrir une nouvelle voie pour le traitement des névralgies. Il est bien entendu, d'ailleurs, que pour ce qui nous concerne, cette aptitude demeure limitée aux circonstances spéciales où nous l'avons

observée : les névralgies liées à certains organes spéciaux de l'organisme de la famille de l'hystérie. »

Malgré ces résultats curieux et d'autres encore sur lesquels nous passons, parce qu'ils ont trait surtout au côté biologique de la question, notre savant confrère n'en conclut pas moins à une grande réserve. Du moment où il est possible par ces pratiques de provoquer chez un sujet nerveux l'explosion d'un premier accès d'hystérie, d'épilepsie, ou de catalepsie, ou encore de renouveler des accès de ces graves affections depuis longtemps enrayés, on comprend la prudence imposée au médecin qui croit devoir expérimenter cette méthode.

Enfin, l'étrangeté de ce sommeil, la facilité de sa production peuvent ne pas tarder à mettre l'hypnotisation à la mode, comme les pratiques du magnétisme l'ont été au début de ce siècle. Il nous importe donc à tous de signaler aux familles les dangers de ces pratiques, qui, alors même que la constitution des jeunes filles les mettent à l'abri de la production d'attaques nerveuses, les jettent dans un sommeil qui les soustrait à l'influence de leur volonté, et peut les livrer sans défense à des actes criminels.

Sur les causes de mort dans les amputations. — Quelles sont les causes les plus fréquentes de mort après les amputations ? La statistique, si elle n'est pas de nature à résoudre cette question, peut du moins fournir des données utiles pour son élucidation. M. le docteur Th. Bryant a communiqué, sur ce sujet, à la Société médico-chirurgicale de Londres, le résultat de recherches statistiques, portant sur l'analyse de 300 cas d'amputations pratiquées à l'hôpital de Guy. Voici quelques-uns des résultats dignes d'intérêt qu'il a constatés :

M. Bryant a divisé ces 300 amputations en quatre classes : amputations primitives, amputations secondaires, amputations pathologiques (il désigne ainsi celles qui sont pratiquées pour des maladies inflammatoires des articulations) et amputations d'utilité (c'est-à-dire faites, pour certains cas de tumeurs ou difformités, par mesure d'utilité plutôt que par nécessité absolue).

Pour les amputations considérées en général, M. Bryant a constaté qu'il y en avait 25 pour 100 de mortelles ; la proportion est de 30 sur 100 pour les amputations du membre inférieur, de 10 sur 100 pour celles du membre supérieur.

Les amputations secondaires ont été mortelles 50 fois sur 100 ;

les amputations primitives, 43 fois sur 100 ; les amputations d'utilité, 30 sur 100 ; les amputations pathologiques, 12 sur 100.

La proportion de la mortalité pour les amputations pathologiques de la cuisse est de 18 pour 100, ou 1 sur 5,5; pour celles de la jambe, 7,7, ou 1 sur 13; pour le pied et pour le membre supérieur, le succès a été la règle.

Dans les amputations d'utilité de la cuisse, 31 pour 100 ont été mortelles (soit 1 sur 3,16) ; de la jambe, 66,6 (1 sur 1,5); pour le membre supérieur, la mort a été l'exception.

Dans les amputations pratiquées pour des lésions traumatiques du membre inférieur, 60 pour 100 ont été mortelles; pour le membre supérieur, 18 pour 100; celles de la jambe ont été au moins aussi graves que celles de la cuisse.

Dans les amputations de la cuisse, pratiquées dans les cas de maladie chronique du genou, 1 sur 7 s'est terminée par la mort, soit 14,5 pour 100. L'amputation de la cuisse, faite dans les cas de suppuration aiguë du genou a été presque toujours mortelle.

Dans les amputations du membre inférieur pratiquées pour des tumeurs ou difformités, la proportion de la mortalité est de 36 pour 100. Pour le membre supérieur la guérison est la règle.

Voici, d'après les recherches de M. Bryant, quelles sont les causes de la mort dans les amputations en général.

La pyémie est la cause de la mort dans 42 pour 100 du nombre total des amputations.

L'épuisement est la cause de la mort dans 33 pour 100 des cas mortels, et dans 8 pour 100 du nombre total des amputations.

Les autres causes se sont produites dans les proportions suivantes :

	Proportion relativement aux cas de mort.	Proportion relativement au nombre total des amputations.
Hémorragie secondaire	7 pour 100	1,66 pour 100
Complications thoraciques..	5,6 —	1,33 —
— cérébrales....	3 —	0,66 —
— abdominales..	1,4 —	0,33 —
— rénales......	3 —	0,66 —
— hectiques.....	3 —	0,66 —
— traumatiques..	7 —	1,66 —

Voici quelle est la répartition de ces diverses causes de mort dans les quatre ordres d'amputations établis :

Amputations pathologiques. — La pyémie est la principale cause de mort ; elle compte pour 40 pour 100 sur les cas de mort, et

pour 5,4 pour 100 sur la totalité des amputations. La mort par pyémie survient dans les quatorze premiers jours qui suivent l'opération.

L'épuisement qui résulte, soit de l'opération, soit d'hémorragie, ou de ces causes réunies, se termine par la mort, dans une proportion de 33 pour 100 sur les cas mortels, et de 4 pour 100 sur la totalité des opérations.

L'hémorragie secondaire ne compte que pour 9 pour 100 sur les cas mortels, ou 1,4 pour 100 sur la totalité.

Les complications abdominales, thoraciques, de fièvre hectique, etc., agissent à peu près également dans une proportion de 13 pour 100 des cas de mort, ou 2 pour 100 sur le chiffre total des amputations.

Amputations d'utilité. — La pyémie compte pour 60 pour 100 sur le nombre des cas mortels, ou 18 pour 100 sur la totalité de ces amputations. Le terme ordinaire de la mort est le même que dans la catégorie précédente.

L'épuisement n'entre que pour 10 pour 100 sur le chiffre des cas de mort. La proportion est à peu près la même pour les complications viscérales ou l'infection cancéreuse.

Amputations primitives. — La pyémie produit la mort dans 43 pour 100 des cas funestes, ou 16 pour 100 du nombre total. Elle se manifeste généralement dans la première ou la deuxième semaine qui suit l'opération ; et ne se termine par la mort que dans la troisième ou quatrième semaine; la mort est donc plus tardive dans cette catégorie d'amputations que dans les deux précédentes classes.

L'épuisement compte pour 32 pour 100 des cas funestes, ou 12 pour 100 du chiffre total des amputations.

Les complications traumatiques figurent dans 15 pour 100 des cas de mort; les complications cérébrales, thoraciques ou d'hémorragie secondaire, pour environ 7 pour 100 chacune.

Amputations secondaires. — Dans les amputations secondaires plus graves que les amputations primitives, dans la proportion de 8 pour 100 environ, l'épuisement est la cause principale de mort; il figure pour 60 pour 100 sur le chiffre des cas funestes. La pyémie compte pour 25 pour 100 des cas de mort; l'hémorrhagie secondaire et la fièvre hectique pour 15 pour 100.

Relativement à la gravité de la pyémie, en particulier, M. Bryant tire de ses recherches statistiques les conclusions suivantes :

1° La pyémie figure pour 42 pour 100 du chiffre des cas de

mort, et pour 10 pour 100 sur le nombre total des amputations.

2° Dans les différentes catégories d'amputations, la pyémie se montre dans les proportions suivantes :

Sur la totalité des cas funestes d'amputations	d'utilité......	70	pour	100
— — —	primitives....	45	—	
— — —	pathologiques.	45	—	
— — —	secondaires...	25	—	

C'est donc dans les cas d'amputations d'utilité que la pyémie est le plus fréquente, et dans les amputations secondaires qu'elle l'est le moins.

3° Dans les amputations pratiquées pour une suppuration aiguë de l'articulation du genou, quel que soit le siége de la suppuration (arthrite suppurée ou abcès péri-articulaire ouvert dans la synoviale), la pyémie est beaucoup plus fréquemment mortelle que dans les cas d'amputation faite pour une maladie chronique du genou.

4° C'est ordinairement la pyémie qui amène la mort dans les amputations faites pour débarrasser le malade d'un membre atteint de tumeur maligne ou d'une difformité grave.

5° La pyémie est plus fréquente dans les amputations de la jambe que dans celle de la cuisse.

6° D'une manière générale, la pyémie est bien plus à craindre dans les cas où l'amputation porte sur des tissus sains, et où une large surface osseuse saine est en contact avec le pus.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Absorption *des corps gras; influence du travail des manufactures de laine sur la santé.* Dans l'étude de l'influence des professions sur la santé des ouvriers, on s'est occupé avec beaucoup plus de soin du côté pathogénique de la question que de son côté hygiénique et prophylactique. Il n'en est pas ainsi pour M. Thompson, qui nous a adressé récemment un bon travail sur l'absorption des corps gras (voir p. 202). Afin de compléter les données contenues dans cet article, nous rapportons les conclusions d'un nouveau mémoire que l'auteur publie sur cet intéressant sujet.

1° Les ouvriers des fabriques de laine forment une classe remarquable par sa bonne santé, et c'est aux graisses au milieu desquelles ils travaillent qu'on doit surtout attribuer leur vigueur et leur embonpoint.

2° Dans l'atmosphère des manufactures, les graisses sont absorbées principalement par la peau, et peut-être aussi par le poumon ; ces graisses ont pour effet incontestable d'améliorer la constitution.

3° Introduites par les frictions cutanées ou par les bains, les graisses sont des moyens d'une importance réelle lorsqu'il s'agit d'arrêter ou de détourner les maladies qui proviennent d'une nutrition défectueuse.

4° Les ouvriers qui manient les graisses jouissent d'une singulière immunité dans les épidémies.

5° Les onctions graisseuses méritent

d'être employées au moins comme adjuvants pour prévenir ou traiter les scrofules, la phthisie pulmonaire, etc. (*Edinburgh medical Journal* et *Journal de méd. de Bordeaux*, octobre)

Accouchement *prématuré artificiel, provoqué à l'aide du cathétérisme utérin, avec des cordes à boyau.* On connaît le procédé des injections et celui du cathétérisme pour provoquer l'accouchement prématuré. Ces deux moyens ont l'inconvénient d'exposer à la lésion des membranes. M. Braun, dans le but de prévenir cette lésion, s'est proposé de substituer à ces deux moyens les cordes à boyau. Les bougies qu'il emploie ont 1 pied de long et un diamètre de 2 à 3 lignes. Avant de les introduire dans l'utérus, on les ramollit à l'une de leurs extrémités, dans l'étendue de 1 centimètre, en les plongeant dans l'eau chaude. On graisse ensuite la bougie, et on la fait pénétrer dans la cavité utérine, en la glissant sur l'index gauche, et en lui imprimant de légers mouvements de rotation. On s'arrête lorsque la bougie ne dépasse plus que de deux travers de doigt l'orifice du col. M. Braun préfère ces bougies aux sondes en gomme élastique; il les a toujours vues provoquer des douleurs au bout de six à vingt heures; il les retire quelques instants avant la rupture de la poche des eaux ou de la naissance de l'enfant. Il a employé le cathétérisme utérin, soit avec des cordes à boyau, soit avec des sondes élastiques, douze fois pendant les années 1857 et 1858, dans le but de provoquer l'accouchement prématuré; sur seize enfants, il en compte onze qui vécurent, et cinq mort-nés. Huit mères furent sauvées, et les quatre qui moururent succombèrent à des causes étrangères à l'opération (pneumonie, tuberculisation, maladie de Bright); celle-ci avait été faite cinq fois avec des cordes à boyau, et quatre fois avec des sondes en gomme élastique française très-flexibles; dans aucun des cas les membranes ne furent lésées. (*Wien. medicinis. Wochens.*, et *Gaz. hebd*, décembre 1859.)

Anévrisme inguino-fémoral *guéri par la compression alternative exercée sur l'artère iliaque externe. — Anévrisme poplité guéri par le même procédé.* S'il pouvait exister encore quelque doute sur l'efficacité de la compression digitale ou mécanique dans le traitement des anévrismes, les deux faits suivants viendraient apporter en faveur de cette méthode un témoignage irréfragable.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, portant un anévrisme de la partie supérieure de l'artère fémorale, alla au mois de juin dernier à Dublin, pour s'y faire opérer, d'après les conseils qu'on lui avait donnés, par la méthode de Hunter. Il ne s'agissait de rien moins que de lui lier l'artère iliaque externe; c'était un chirurgien éminent de Dublin, M. Butcher, qui devait pratiquer l'opération. Mais avant de partir, le malade fut conduit auprès de M. le docteur W. R. Gore, chirurgien de l'hôpital de la Cité de Limerick (Irlande), qui, après l'avoir examiné avec soin, jugea que la compression alternative pouvait être essayée chez lui avec quelque chance de succès, malgré la situation élevée de la tumeur. Voici quel était alors son état : dans la région inguinale gauche, à 1 pouce au-dessous du ligament de Poupart, existait une tumeur ovoïde, pulsatile, de 4 pouces de longueur sur 3 de largeur, située sur le trajet de l'artère fémorale, en embrassant à son origine l'artère profonde de même nom. Cette tumeur était le siége de battements distincts qui disparaissaient quand le pouce était appliqué sur l'artère fémorale à son passage sous le ligament de Poupart. Ce fut dans ces conditions et en ce point que M. Gore se décida à exercer la compression digitale.

L'application de cette méthode de traitement fut commencée le jour même, 28 juin, à deux heures, et continuée sans interruption par deux aides se relayant mutuellement pendant soixante-dix-neuf heures et demie. Dans ce laps de temps, le malade avait été mis à la diète lactée; le soir, on lui donnait un peu de morphine; la tumeur avait été constamment recouverte de glace et le membre inférieur entouré de flanelle, depuis les orteils jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Sous l'influence de la compression ainsi faite, il s'opéra un changement remarquable dans la tumeur; elle devint plus dure, plus petite; le mouvement circulatoire s'y ralentit et l'on put reconnaître qu'un travail de coagulation s'y faisait d'une manière incessante. Encouragé par ce résultat, M. Gore se proposait d'insister; mais les deux élèves qui lui avaient prêté leur concours étant fatigués, il dut substituer à l'action des doigts celle

du compresseur du docteur Carte. Du 1er au 9 juillet, il eut recours alternativement à la compression mécanique et à la compression digitale, en laissant quelques intervalles de repos au malade, qui ne toléra jamais plus de vingt à quarante minutes la compression digitale, quoique celle-ci fût moins pénible que la compression mécanique. — A partir de cette époque jusqu'à la guérison définitive, M. Gore ne se servit guère que du compresseur, soulageant seulement le malade, pendant le jour, par quelques heures de compression digitale ou même du repos absolu. Ce jeune homme s'est habitué à fixer lui-même l'instrument sur le point convenable et à graduer la compression d'après les effets observés du côté de la tumeur. Les applications de glace furent continuées pendant vingt et un jours consécutifs. Le 19 juillet on fit cesser la compression pendant la nuit, et le jour on ne la pratiqua que de temps à autre. Au bout de quelque temps, le malade éprouva des sensations inconnues, causées par l'établissement de la circulation collatérale; puis, le 4 août, il s'aperçut que les battements avaient complètement cessé dans la tumeur. La guérison complète fut constatée en effet quelques jours après.

C'est ainsi qu'un anévrisme grave par sa situation rapprochée du centre, et qui aurait nécessité une opération sanglante des plus périlleuses et des plus incertaines dans ses résultats, a guéri en trente-six jours, à l'aide d'une compression dont la durée totale peut être évaluée à la moitié de ce temps environ, et qui n'a eu d'autre inconvénient que de produire une altération superficielle et presque insignifiante de la peau.

Le second fait n'est pas moins heureux. Il s'agit d'un homme de quatorze ans qui portait une tumeur anévrismale de la grosseur d'une orange dans le creux poplité. M. le docteur Ségrestan, de Beaumont-de-Lomagne, consulté par ce malade, conçut aussitôt l'idée de le traiter par la compression digitale, malgré les difficultés de ce genre de traitement dans la pratique civile. Il fit comprendre à son malade toute l'importance de ce qui allait être fait, et il commença lui-même la compression le mercredi 6 avril, sur l'artère fémorale, au point où elle va passer au-dessous du muscle couturier. Dans le courant de la journée, il exerça le malade à faire cette compression, et il la pratiqua le lendemain par intervalles. La circulation fut ainsi interrompue environ huit heures sur vingt-quatre. Du 8 au 11 avril, la compression fut faite douze heures par jour. Le 15, la tumeur était devenue plus dure, les mouvements d'expansion moins forts; le bruit de souffle, néanmoins, avait conservé toute son intensité. Le 22, la tumeur avait considérablement diminué, et, le 25, toute trace d'anévrisme avait complétement disparu. La guérison s'est parfaitement maintenue. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, novembre, et *Gaz. des Hôpit.*, décembre 1859.)

Blennorrhagie *due à l'usage des asperges*. Tous les syphiliographes, en traitant des causes des écoulements urétraux, signalent l'ingestion de certains aliments, de certaines boissons, la bière, les asperges, par exemple; mais un certain nombre d'entre eux refusent d'admettre l'interprétation courante à cet égard. Un de nos confrères anglais, M. Harrison, certifie le fait suivant.

Un médecin âgé de trente-quatre ans avait mangé des asperges en abondance. Vingt-quatre heures après il ressentit de la chaleur et comme une brûlure le long du trajet de l'urètre; il s'y joignit de fréquentes mictuьritions, des érections cordées, avec fièvre sympathique. L'urine avait une couleur foncée et était fortement imprégnée de l'odeur d'asperges. En trente-six heures, il s'établit par l'urètre un écoulement puriforme modéré, ayant tous les caractères de la gonorrhée.

Ces divers symptômes disparurent en cinq jours, sous l'influence d'un traitement sédatif. Nous croyons qu'ils auraient cédé non moins rapidement à la spontanéité de l'organisme. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon*, décembre.)

Catarrhe d'été. Dans un article emprunté à un recueil étranger, M. le docteur Phœbus, professeur à l'université de Giessen, a signalé, sous le titre de *catarrhe d'été*, l'existence d'une affection catarrhale de caractère asthmatique, qui se développe chez quelques personnes exclusivement sous l'action de la chaleur. A l'appel fait dans cette publication par le savant professeur au souvenir de ses confrères, M. le docteur Laforgue (de Toulouse) vient de répondre par la relation d'un fait de ce genre qui nous a

paru assez intéressant pour le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Une jeune femme de vingt-huit ans, Mlle X***, d'une bonne constitution, est sujette depuis plusieurs années, tous les étés, à des rhumes intenses, qui commencent par du coryza et de la bronchite, s'accompagnent bientôt de dyspnée et de tous les symptômes de l'asthme sec et sporadique. Pendant l'hiver, sa santé est bonne, régulière; elle ne tousse pas dans cette saison, s'enrhume très-rarement, et, sauf quelques coryzas légers, elle n'éprouve aucune gêne dans la respiration. Dès que la chaleur arrive, la scène change complétement. Mlle X***, qui, pendant l'hiver, avait pris de l'embonpoint et de la fraîcheur, ressent de la fatigue et de l'oppression; l'affection catarrhale se développe et suit son cours avec plus ou moins d'intensité. Sous l'influence de ces rhumes successifs, la respiration devient gênée et haletante, et jusqu'au retour du froid, Mlle X*** éprouve un malaise général, qui épuise ses forces et s'accompagne d'une perturbation momentanée de toutes les fonctions. Malgré tous les moyens mis en usage, soit pour prévenir la crise, soit pour la modérer, elle reparaissait tous les étés, avec plus ou moins de fréquence. Le séjour aux Pyrénées et la médication thermale sulfureuse n'avaient pas détruit cette prédisposition organique. Il en avait été de même des préparations ferrugineuses et iodoferrées indiquées par un dérangement menstruel coïncidant avec l'apparition des chaleurs, et de l'affection catarrhale. Les antispasmodiques et les calmants produisaient une amélioration passagère, mais aucun de ces médicaments, joints aux plus grandes précautions hygiéniques, n'empêchait le retour de la maladie. Les grandes chaleurs de l'été dernier ont fortement indisposé Mlle X***. Les rhumes, débutant par le coryza, sont devenus des bronchites spasmodiques tellement intenses, que la dyspnée a pris à plusieurs reprises des proportions inquiétantes; la respiration était sifflante; on entendait à distance les râles sibilants et les ronchus qui se produisaient dans les deux poumons. Les révulsifs et les calmants (belladone, opium), les préparations antimoniales furent employés avec énergie pendant la crise du mois de juillet, qui céda après plus de quinze jours de durée, sous l'influence d'un changement dans la température tropicale et sèche de cette époque de l'année. Depuis le retour du froid, cette malade a repris sa santé de tous les hivers, et l'auscultation ne dénote dans sa poitrine aucune lésion organique.

Cette observation rentre, en effet, dans la catégorie des faits recueillis par le docteur Phœbus; elle est un exemple bien frappant de ces affections catarrhales qui, développées sous l'action de la chaleur, présentent tous les caractères symptomatologiques de l'asthme.

Ce fait, au dire de M. Laforgue, lui a remis en mémoire quelques autres cas analogues qu'il a eu l'occasion d'observer, et qui ont tous eu lieu chez des jeunes femmes nerveuses, impressionnables. Il n'a jamais observé le catarrhe d'été chez les hommes. Mais ses observations à cet égard ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'en tirer aucune conclusion. (*Union médic.*, décembre 1859.)

Lupus, *ou dartres rongeantes invétérées du visage, guéris par l'inoculation syphilitique*. On se souvient que M. Gibert, chargé par l'Académie de médecine de lui faire un rapport sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis, institua des expériences d'inoculation, qui, tout en ayant pour principal objet la solution de cette question, devaient en même temps constituer des essais thérapeutiques. Les inoculations pratiquées sur des sujets affectés de lupus devaient donc présenter un double intérêt. On connaît la première série de résultats, c'est-à-dire le succès des inoculations, qui ont ainsi résolu sans réplique la question. Il n'était pas moins intéressant de savoir quels seraient les résultats éloignés, l'influence de la double action de l'infection syphilitique et du traitement spécifique sur la maladie dont ces individus étaient atteints. M. Gibert vient de nous l'apprendre dans une communication faite récemment à la Gazette médicale. Or, ces résultats, ainsi qu'on en jugera, sont pleins d'intérêt.

Un homme adulte, entré à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Gibert (salle Saint-Charles), affecté d'un lupus dont le début date de plus de douze ans, est inoculé au bras gauche sur une surface excoriée par un vésicatoire à l'ammoniaque, à l'aide d'une application de charpie imbibée de matière purulente recueillie sur des papules muqueuses secondaires de l'anus. Ce dernier sujet, couché dans le service de M. Bazin, présentait au-

tour de l'anus une couronne de pustules plates, datant d'une quinzaine de jours, consécutives à un chancre du prépuce contracté quinze mois auparavant. Le 30 janvier 1859, c'est-à-dire cinq jours après l'inoculation, celle-ci n'avait laissé d'autre trace que la maculature du vésicatoire, de la largeur environ d'une pièce de 50 centimes. Neuf jours plus tard, la maculature effacée, un peu de rougeur apparaît au même lieu. Le 12 février, dix-huitième jour après l'inoculation, apparition d'une papule cuivrée, saillante. Le 16, vingt-deuxième jour, un peu de suintement s'opère à la surface de cette papule, qui a grossi et s'est étalée. Ce suintement devient purulent et se concrète en croûte légère. Le 23, vingt-neuvième jour, un ganglion existe dans l'aisselle correspondante. Le 26, trente-deuxième jour, la croûte, détachée par un bain de vapeur, laisse voir une excoriation encore très-superficielle. Le 21 mars, cinquante-cinquième jour, une ulcération, toujours superficielle, s'est un peu creusée dans le centre de la papule devenue de plus en plus saillante, indurée et constituant un véritable tubercule; de plus, quelques taches et quelques papules rougeâtres se sont montrées sur le tronc ; plus tard, elles se sont changées en pustules acnéiques, qui se sont généralisées sur la face palmaire des membres supérieurs, sur le ventre, sur la face interne des cuisses et sur les régions inguinales. Le 31 mars, on met le malade à l'usage du sirop de deutoiodure ioduré et des bains de sublimé. Le 16 mai, à six semaines de traitement, le tubercule ulcéré du bras était résolu, offrant à son centre une cicatrice blanche, superficielle, un peu déprimée. Les ganglions axillaires persistaient. La syphilide générale commençait à entrer en résolution ; le lupus s'améliorait. La guérison complète a été obtenue dans le courant du mois de septembre. — Le deuxième malade était un adulte vigoureux, affecté d'un lupus papulo-tuberculeux invétéré recouvrant toute la face et s'accompagnant d'hypertrophie; il datait de l'enfance, son début remontait à dix-huit ans. On a pratiqué sur ce malade plusieurs inoculations successives par le même procédé et avec la même matière que pour le précédent. Deux de ces inoculations ont réussi, donnant lieu aux mêmes phénomènes locaux, mais précédés d'une période d'incubation encore plus longue, et qui n'a guère été moindre de vingt-cinq jours, après lesquels un peu de rougeur a commencé à se montrer, ultérieurement suivie du développement d'une papule, sèche d'abord, puis humide, excoriée, croûteuse et indurée, constituant en un mot un véritable tubercule plat. Un ganglion, du volume d'une noisette, s'est développé concurremment dans la région axillaire. Une roséole a commencé à se montrer sur le tronc le 5 mars, trente-septième jour de l'inoculation. Peu après, un traitement spécifique a été commencé; la guérison paraissait entière le 17 mai suivant.

Dans le troisième cas, il s'agit, comme dans les deux précédents, d'un sujet jeune encore, atteint d'un lupus du visage qui datait de dix ans. Le malade qui a fourni la matière de l'inoculation avait été traité à l'hôpital du Midi (service de M. Puche) d'un chancre induré de la face externe du prépuce. Sur la verge, le scrotum, la partie interne correspondante des cuisses, à l'anus, s'étaient développées des papules muqueuses secondaires, qui de là s'étaient répandues sur d'autres régions. Il existait, notamment au front, une large papule squammeuse, d'un rouge cuivré, tout à fait sèche et ayant environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Le 9 février, la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence de cette papule, et se chargea d'un sang un peu séreux, qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit (près du pli du coude) du malade affecté de lupus. Comme M. Gibert n'avait nullement la pensée que cette inoculation pût réussir, il laissa sortir ce jeune homme une quinzaine de jours après; la trace de la piqûre de la lancette était alors complètement effacée. Le 1er avril suivant, ce jeune homme rentra à Saint-Louis, dans le service de M. Bazin. Il y avait alors cinquante jours écoulés depuis l'inoculation; aussi ne remarqua-t-on pas sans surprise qu'au point où elle avait eu lieu s'était développée une papule rougeâtre, étalée et irrégulière, légèrement squammeuse, tout à fait sèche, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, rappelant très-bien par conséquent la papule squammeuse frontale qui avait fourni la matière d'inoculation. Le début de cette papule, au dire du malade, remontait à une quinzaine de jours environ; elle n'avait donc commencé à se montrer que trente-cinq jours après

l'inoculation. Au-dessus et autour de cette plaque, on découvrait quelques taches cuivrées, un peu saillantes, commencement de la syphilide squammeuse consécutive qui, plus tard, s'est étendue aux autres régions du corps; un ganglion douloureux, plus gros qu'une noisette, s'était développé dans l'aisselle correspondante. Le 25 avril, le malade était dans l'état suivant : taches de roséole sur le tronc, quelques rares papules squammeuses sur la face palmaire des membres supérieurs ; persistance à l'avant-bras droit de la papule cuivrée initiale; papules squammo-croûteuses abondamment repandues dans le cuir chevelu; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; papules muqueuses commençantes à l'ombilic et au pourtour de l'anus; rien à la bouche, au gosier, ni aux parties génitales. Peu après, on institua le traitement spécifique, et déjà, le 18 mai suivant, tous les symptômes notablement amendés annonçaient une guérison prochaine. La dartre rongeante du visage, qui s'était améliorée dès l'explosion de la syphilide, a été complétement guérie.

On ne saurait méconnaître ce qu'il y a de remarquable et d'heureux en définitive dans ces résultats. Nous nous bornons à les constater, sans chercher à les expliquer; sans doute il ne répugne pas à la raison d'admettre une sorte d'exclusion réciproque ou d'antagonisme entre deux virus ou deux principes morbides en présence, ou une substitution d'un virus à un autre. Mais il faut être réservé à l'égard de pareilles théories, et attendre, avant de les admettre, que l'expérience ait montré jusqu'où peut s'étendre l'influence que nous venons de signaler. (*Gaz. méd. de Paris*, novembre 1859.)

Œdème *de la glotte ; son traitement par les scarifications.* Ce n'est pas une chose nouvelle pour les lecteurs du *Bulletin* que le traitement de l'œdème de la glotte par les scarifications. Ce sujet a été largement traité dans nos colonnes; les articles de Valleix et de Sestier, qui ont préconisé l'usage de cette méthode, et les figures que nous avons publiées, ont dû fixer les praticiens sur sa valeur. Mais c'est précisément parce que cette pratique nous paraît utile, que nous croyons devoir la rappeler à leur attention, toutes les fois que l'occasion s'en présente. Or, voici sur ce sujet l'opinion d'un praticien anglais d'une grande autorité. — M. Tudor recommande vivement ce traitement comme étant de beaucoup préférable, par sa simplicité, à la trachéotomie; il l'a trouvé très-efficace et parfaitement suffisant dans un certain nombre de cas. Au lieu du bistouri ordinaire, entouré de bandelettes jusqu'à une petite distance de la pointe, il se sert d'un instrument analogue à un bistouri courbe sur son tranchant, mais dont la lame est formée par une tige d'acier mousse, la pointe seule étant tranchante dans une petite étendue. Le maniement de cet instrument est beaucoup plus commode que celui des bistouris généralement employés, dont la lame doit nécessairement, pour arriver aux replis ary-épiglottiques, former un angle plus ou moins ouvert avec le manche, et se trouve par là fort mal fixé. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*, novembre 1859.)

Prolapsus anal *et hémorroïdes internes; leur traitement par l'emploi topique de l'acide nitrique.* Après avoir dit que la ligature appliquée à ces affections est une opération compliquée et dangereuse, M. Smith regrette l'aversion du chirurgien pour l'acide nitrique qui est, suivant lui, d'un emploi sûr et facile; il le choisit très-fort et un badigeonne la muqueuse et les hémorroïdes herniées à deux ou trois reprises différentes; puis, il opère la réduction. Dans les trois observations que l'auteur relate, seize à dix-huit jours suffirent pour la guérison. Il n'y eut pas d'autres accidents que de la douleur et une irritation assez vives qui durèrent peu. Quelques malades seulement, après cette application, furent obligés de garder le lit pendant quelques heures.

Une contre-indication de cette méthode est une vascularisation trop grande de la muqueuse ou des paquets hémorroïdaux, ou bien une sensibilité trop vive de la part du malade. Lorsque ces complications n'existent pas, l'acide nitrique rend des services. M. Smith cite la guérison de deux personnes âgées qui étaient obligées de porter depuis plusieurs années des pessaires dans le rectum. Chez les jeunes sujets on devra préférer la cautérisation en roseau (p. 545), que préconise notre correspondant, M. Hamon. (*Medical Times*, et *Gaz. médicale*, novembre.)

Strabisme. *Exemple des bons effets de l'exercice forcé de l'œil ma-*

lade. Au nombre des moyens les plus inoffensifs de traitement du strabisme figure l'occlusion de l'œil sain; mais combien peu de parents prennent le soin de l'appliquer avec assez de persévérance pour obtenir la guérison des petits malades! Un des motifs du peu de confiance dans cette pratique est le petit nombre des succès signalés; il importe donc de ne laisser passer inaperçu aucun des faits qui témoigne de l'efficacité de cette sorte de gymnastique forcée de l'œil malade. — Un jeune garçon de onze ans et demi, Arcade Lefebvre, était affecté depuis sa première enfance d'un strabisme convergent de l'œil droit. Le 17 avril 1859, jouant avec ses petits camarades, l'un deux lui lança une flèche qui pénétra profondément dans l'œil gauche. Dès que le corps étranger fut extrait, l'organe se vida en partie. L'enfant fut conduit à l'hôpital de Noyon; le chirurgien, M. Colson, ayant constaté la perte de l'œil gauche, et les accidents inflammatoires restant peu intenses, il se borne à prescrire un traitement antiphlogistique modéré. Dès les premiers moments de l'accident, l'œil strabique se redressa, mais la vision ne se fit que progressivement, toutefois assez vite, puisque le 26 juin, lorsque l'enfant Lefebvre quittait l'Hôtel-Dieu, il lisait couramment de cet œil qui, trois semaines auparavant, lui permettait de distinguer seulement la lumière des ténèbres. (*Clinique européenne*, 1859.)

Syphilis congénitale (*Exemples de contagion de la*). Nous avons maintes fois déjà relaté des faits analogues à ceux qui vont suivre, mais nous sommes de ceux qui pensent qu'on ne saurait trop insister sur un pareil sujet et sur les dangers auxquels on peut exposer des familles entières, en agissant avec trop de légèreté.

Obs. I. M. X*** avait eu avant son mariage divers accidents syphilitiques. La femme, bien portante jusque-là, éprouve, peu de temps après son mariage, diverses éruptions; sa santé s'altère et la première grossesse se termine par un avortement au sixième mois.

Un second enfant naît à terme; au bout de quinze jours, il présente de l'érythème aux organes génitaux et aux cuisses, des aphthes sur la muqueuse buccale et sur les lèvres; des gerçures aux mamelons, des douleurs vives dans les seins forcent la mère de suspendre l'allaitement.

Une nourrice est prise dans d'excellentes conditions de santé. Au bout de huit jours survient chez elle une éruption pustuleuse sur l'aréole, avec engorgement des conduits galactophores. Forcée de suspendre l'allaitement et rentrée chez elle, la nourrice se fait tirer du lait par sa belle-sœur, qui ne tarde pas à avoir la bouche pleine d'aphthes et de rougeurs diffuses.

L'enfant X*** est alors confié à une femme saine, qui allaitait en même temps un enfant également sain, et âgé de treize mois. Au bout de quelques jours, la mère présente des gerçures aux mamelons; puis chez l'enfant et chez la mère surviennent des aphthes, de l'angine et de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Plus tard se développent des pustules plates à la vulve et au sein chez la mère; au scrotum, aux fesses et au périnée chez l'enfant. Le mari présente en même temps des érosions aux lèvres, des aphthes sur la langue et, trois semaines plus tard, une pustule plate sur le gland; plus tard encore des condylomes autour de l'anus. En outre le père, la mère et l'enfant portent des taches cuivrées sur diverses parties du corps.

Toutes les personnes infectées guérirent par l'usage des pilules de Sédillot, après avoir inutilement essayé des moyens adoucissants.

Nous pouvons rapprocher de ce fait rapporté par M. le docteur Jacquemet les deux observations suivantes, dans lesquelles les conséquences de la contagion ont heureusement été plus bornées.

Obs. II. Le docteur Chabrely fut mandé auprès d'une nourrice surnommée la Simone. Elle paraît fort inquiète et le prie d'examiner ses seins; on y remarque aux deux mamelons, dans leur aréole et même au delà, des pustules plates, humides. Le nourrisson est l'enfant d'une fille entretenue de Bordeaux; il a eu le premier, et a encore, autour des lèvres et à l'anus, des pustules identiques à celles de la nourrice.

On fit venir la mère de l'enfant qui, connaissant l'origine du mal, n'accusa pas la nourrice et l'indemnisa; elle retira son enfant et l'éleva au biberon. Cette personne avait eu précédemment d'autres enfants, qui avaient succombé très-jeunes à des maladies analogues à celles du dernier. M. Chabrely fit faire à la Simone un traitement antisyphilitique complet; elle guérit parfaitement et n'a jamais eu d'accidents spécifiques depuis lors. Le mari de

cette femme, quoiqu'ayant eu des rapports avec elle, n'a pas été affecté de la syphilis.

Obs. III. Catherine R***, âgée de trente-neuf ans, ayant sevré son propre enfant, prit un nourrisson à la fin de l'année 1850. Pendant les premières semaines de l'allaitement, cet enfant ne présenta rien de particulier, mais bientôt des pustules plates autour de l'anus, aux environs de la bouche, aux commissures des lèvres surtout, puis un coryza spécifique se montrèrent successivement. La nourrice n'eut aucun soupçon ; les parents de l'enfant le firent traiter en cachette et l'emportèrent. Le traitement n'eut d'abord aucun succès, et la nourrice ne tarda pas à avoir aux mamelons, sur leur aréole et sur la peau des seins, des pustules en tout semblables à celles de son nourrisson. Elle guérit très-difficilement. (*Montpellier médical* et *Revue thérap. du Midi*, septembre 1859.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle le 13 décembre. L'honorable secrétaire annuel, M. Devergie, est venu élargir cette année le programme de la séance en remettant en vigueur l'article 13 du règlement de la savante Compagnie. Cet article, très-mal à propos tombé en désuétude, impose au secrétaire annuel le devoir de rendre compte des travaux accomplis dans l'année. Présenter un résumé complet des travaux si divers et si nombreux de la docte Compagnie était une œuvre bien laborieuse, et la tentative eût gagné à ce que l'orateur bornât sa tâche aux discussions académiques ; n'eût-ce pas été le bilan du progrès accompli par les sciences médicales pendant l'année 1859 ? Quoi qu'il en soit, le discours de M. Devergie méritait, de la part de la presse surtout, un meilleur accueil ; et, sans ajouter à ses lauriers conquis, on pouvait louer son initiative. Nous ne doutons pas que l'œuvre de l'an prochain ne soit mieux goûtée et plus justement appréciée.

Quant à l'éloge de Geoffroy Saint-Hilaire, prononcé par le savant secrétaire général, il n'est qu'une voix. Cette unanimité de louanges est d'autant plus significative que le sujet du discours de M. Dubois (d'Amiens) avait été traité déjà dans d'autres enceintes et par des écrivains du plus grand talent, MM. Flourens, Michel Lévy, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Nous regrettons vivement que l'espace nous manque pour donner quelque extrait de ce discours, surtout le rapide et saisissant parallèle entre Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire, passage que l'auditoire a couvert d'unanimes applaudissements.

Une partie non moins importante du programme est la distribution des prix. En voici la liste complète.

PRIX DE 1859.

Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie était celle-ci : « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. » L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde, à titre d'encouragements : 1° une somme de 400 francs à M. Burin-Dubuisson ; 2° une somme de 300 francs à MM. Léon Serullas et Charles Chaballier, internes des hôpitaux de Lyon ; 3° une somme de 300 francs à M. le docteur Soufflot, médecin à Paris.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était conçue en ces termes : « Anatomie pathologique des étranglements

internes et conséquences pratiques qui en découlent. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie regrette vivement de n'avoir pu disposer de fonds plus considérables. Elle décerne : 1° un prix de la valeur de 600 francs à M. le docteur Duchaussoy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; 2° une médaille d'or de la valeur de 400 francs à M. le docteur Besnier (Henri-Ernest), ancien interne des hôpitaux ; 3° une mention très-honorable à M. le docteur Hunel, conservateur du musée Dupuytren.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé pour question : « Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique. » Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. 1° L'Académie partage le prix entre M. le docteur Zambaco, médecin à Paris, et MM. Léon Gros, docteur en médecine, et Lancereaux, interne des hôpitaux ; 2° elle décerne une médaille d'encouragement à M. le docteur Lagneau fils ; 3° une mention honorable à M. le docteur Billuir (Ch.).

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question proposée par l'Académie était : « De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie a décidé : 1° qu'il n'y a pas lieu à décerner pour cette année le prix Capuron ; 2° qu'une somme de 400 francs sera accordée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Elleaume (Alfred-Henri), médecin à Paris ; 3° qu'une somme de 300 francs sera également accordée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Dehous (Achille), médecin à Valenciennes.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ollier, médecin, né au Vans (Ardèche), pour ses Recherches expérimentales sur la reproduction artificielle des os au moyen de la transplantation du périoste et sur la régénération des os, etc , etc.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1857. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder : 1° un prix de 1,500 francs partagé entre : M. Boissat, docteur en médecine à Périgueux (Dordogne) ; M. Labesque (aîné), docteur en médecine à Agen (Lot-et-Garonne) ; M. Benoît, officier de santé à Grenoble (Isère) ; 2° des médailles d'or à : M. Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault) ; M. Panis, docteur en médecine à Reims (Marne) ; M. Jobert, docteur en médecine à Guyonville (Haute-Marne) ; M. Michel, docteur en médecine à Gap (Hautes-Alpes) ; 3° cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1858 : 1° des médailles d'argent à : M. Dauvin, docteur en médecine à Saint-Pol (Pas-de-Calais) ; M. Yvaren, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse) ; M. Autellet, docteur en médecine à Civray (Vienne) ; M. Bocamy, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; M. Ragaine, docteur en médecine à Morlagne (Orne) ;

2° des médailles de bronze à : M. Deville, docteur en médecine à Saint-Saturnin (Vaucluse); M. Dusonil, docteur en médecine à Melle (Deux-Sèvres); M. Mignot, docteur en médecine à Gannat (Allier); M. Piffard, docteur en médecine à Brignoles (Var); M. Palanchon, docteur en médecine à Cuisery (Saône-et-Loire); M. Donnarieix, médecin-vétérinaire à Saint-Fargeau (Yonne), pour les rapports, mémoires ou observations que ces médecins ont transmis à l'Académie; 3° des mentions honorables à : MM. Plissard, de Nevers (Nièvre); de Meschinet, de Niort (Deux-Sèvres); Madère, de Verdun (Meuse); Verdier, de Barre (Lozère); Lemaire, de Cosne (Nièvre); Zandyck, de Dunkerque (Nord), pour les communications intéressantes qu'ils ont faites à l'Académie pendant l'année 1858.

Médailles accordées a MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1857 :

1° Des médailles d'argent à : M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Euzet et de Saint-Jean-de-Ceyrargues; M. Cazaintre, médecin-inspecteur des eaux de Rennes-les-Bains (Aude); M. Constant Alibert, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat et d'Audinac (Ariège); M. Léger, auteur d'un mémoire sur les eaux mères de Salins; M. Privat, médecin-inspecteur des eaux de la Malou (Hérault).

2° Des médailles de bronze à : M. Peironnel, médecin-inspecteur des eaux minérales de la Bourboule (Puy-de-Dôme); M. de Miramont, médecin-inspecteur des bains de mer d'Etretat; M. Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Gréoulx (Basses-Alpes); M. Massie, médecin-inspecteur des eaux de Saubusse, Tercis, Saint-Pierre, etc. (Landes); M. Campmas, médecin-inspecteur et médecin en chef de l'hôpital de Baréges (Hautes-Pyrénées); M. Fegueux, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Bone; M. Renard (Emile), pour la thèse qu'il a soutenue le 27 mai dernier sur les eaux thermales de Bourbonne.

3° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à : M. Ossian Henri (fils), docteur en médecine; M. Jules Lefort, chimiste; M. Buissard, médecin-inspecteur des eaux de la Motte (Isère).

4° Des mentions honorables à : M. Finaz, médecin-inspecteur des eaux de Charbonnières (Rhône); M. Cisseville, médecin-inspecteur des eaux de Forges (Seine-Inférieure); M. Baron, médecin-inspecteur des eaux de la Motte (Isère); M. Fabas (père), médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées); M. Adam Pigtowski, médecin-inspecteur des eaux de Vernet (Pyrénées-Orientales), pour leurs rapports de 1857, qui sont rédigés avec soin.

PRIX PROPOSÉS POUR 1860.

Prix de l'Académie. — « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme; quels sont les moyens de remédier à ces accidents? » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ulté-

rieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Appréeier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. » A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements. « Des paralysies puerpérales. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

2° Question relative aux eaux minérales. « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. » L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations cliniques. Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. Orfila.— Ce prix, qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. L'Académie propose la question suivante : « Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique. » L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible : 1° les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire : l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles; 2° la possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de le neutraliser, et, dans ce dernier cas, ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'il a subie; 3° l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer; 4° les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1861.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante : « De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie met au concours

cette question : « De l'angine de poitrine. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — 1° Question relative à l'art des accouchements. « De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

2° Question relative aux eaux minérales. Ce prix, qui est également de la valeur de 1,000 francs, sera accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE FONDÉ PAR M. AMUSSAT. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1860 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

Le concours pour les prix des internes des hôpitaux de Paris s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes de 3e et 4e années. — Médaille d'or, M. Jaccoud ; médaille d'argent, M. Heurtaud; première mention, MM. Blondet et Tillot ; deuxième mention, MM. Fournier (Eugène) et Menjaud. — *Internes de 1re et 2e années.* — Médaille d'argent, M. Durante ; accessit (livres), M. Pradaud ; première mention, MM. Fournier (Louis) et Ferraud ; deuxième mention, MM. Cruveilhier et Lancereau.

Voici la liste des nouveaux internes. — *Internes titulaires :* MM. Brouardel, prix ; Soulier, accessit ; Dubreuil, première mention honorable ; Bouglé, deuxième mention honorable. MM. Boissié, Tirman, Touzé, Charpentier (Louis), Dubuc, Servoin, Martineau, Moricourt, Martin, d'Heilly, Lemarchand, Bouyer, Roché, Chipault, Martel, Bouchaud, Gillette, Polaillon, Landeta, Duchemin, Olivier, Horteloup, Périer, Coulhon, Lamarque, Verdureau, Doisneau, Duchesne. — *Internes provisoires :* MM. Beraud, Charles, Painetvin, Vast, Diard, Fernet, Levi, Négrié, Cornil, Biot, Lallement, Cazin, Besançon, Casalls, Rouvier, Bourillon, Caresme, Badon, Robertet, Bergeron (Georges), Reliquet, Boyart, Laborde, Reau, Lebreton.

L'Académie de médecine a renouvelé son bureau. Sont nommés : *président*, M. J. Cloquet ; *vice-président*, M. Robinet ; *secrétaire*, M. Devergie ; *membres du conseil*, MM. Robinet, Ferrus, Bouvier.

Les Commissions permanentes sont modifiées de la manière suivante : Commission des épidémies, membres sortants : MM. Trousseau et H. Bouley; sont nommés MM. Joly et Kergaradec. — Commission des eaux minérales, membres sortants : MM. Guérard et Gibert ; sont nommés MM. Mélier et Tardieu. — Commission des remèdes secrets, membres sortants : MM. Poggiale et Roche ; sont nommés MM. Guérard et Hervez de Chegoin. — Commission de vaccine,

membres sortants : MM. Leblanc et Bousquet; sont nommés MM. Bousquet et Regnault. — Comité de publication, membres sortants : MM. Bourdon, Robin, Nélaton, Laugier et Bouchardat; sont nommés MM. Bricheteau, Roche, Beau, Huguier et Wurtz.

L'Académie des sciences vient de nommer un membre correspondant, en remplacement de feu Bonnet. M. Denis (de Commercy) a été élu au premier tour de scrutin par 29 suffrages, contre 18 donnés à M. Bouisson et 2 à M. Ehrmann.

Le corps médical a fait en ces derniers temps des pertes sensibles : M. Lauvergne, directeur de l'École de médecine de Toulon ; M. Labric, médecin de l'hospice des Ménages; M. Bodeau, doyen des médecins des Deux-Sèvres ; M. Jacquior, à Ervy (Aube), et M. Fauvel, à Amiens.

La librairie médicale a fait également une perte bien regrettable : M. Germer Baillière a succombé à une pneumonie ataxique. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une affluence considérable, car l'honorable éditeur brillait par les qualités privées les plus précieuses.

L'Association générale progresse chaque jour; ainsi l'Association de Toulouse a voté son annexion, et la commission générale de l'Association du Rhône a émis un vote semblable; sa proposition sera soumise à la sanction de la prochaine assemblée générale. Le succès n'est pas douteux.

Enfin, un grand nombre de médecins du département de l'Yonne se sont réunis à Auxerre le 14 de ce mois, et, après avoir adopté les statuts, se sont constitués en société locale agrégée à l'Association générale.

MM. Barth, Tardieu, Fourreau (de Caen) ont fait don à l'Association générale d'une somme de 100 francs chacun, et M. Villemin d'une somme de 500 francs.

Sont nommés dans la Légion d'honneur : *officier*, M. Prudhomme; *chevaliers*, MM. Ferraton, Pauly, Dieuzaide, Morazzani, Miramont, Brainque et Bollot, médecins-majors.

M. le docteur Borelli, rédacteur en chef de la Gazette médicale des Etats sardes et du Journal d'ophthalmologie de l'Italie, chirurgien de l'Hôpital général, vient d'être nommé officier de l'ordre royal de Sardaigne des saints Maurice et Lazare.

M. Simonin père, directeur honoraire de l'École de médecine de Nancy, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Meurthe.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTE-SEPTIÈME VOLUME.

A.

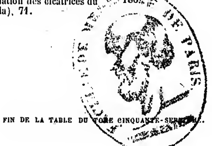
D.

E.

F.

T.

U.



FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTE-SEPTIÈME.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.